Rok XL. Kraków, 6 Lipca 1901. Nr. 27.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego.

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Przypadek torbiela *(mucocele)* błędnika sitowego ze zmianami w oczodole.

Podał
Docent Dr. Aleksander Baurowicz.

Jak zasadniczą różnicę między otokiem zamkniętym, a tak zwanym torbielem błędnika sitowego *(mucocele)*, względnie puchliną *(hydrops)*, stanowi odmienna treść, raz więc obecność ropy, innym zaś razem śluzu, tak nadto torbiel błędnika sitowego klinicznie cechuje się swoim powolnym i bezboleśnym przebiegiem, a wystąpienie w pewnych razach zmian w oczodole może być pierwszym powodem, który zmusza chorego do szukania porady u okulisty. Gdy bowiem niedrożność odpowiedniej jamy nosowej, a więc tylko jednostronna, choćby była mniej lub więcej wyraźna, nie tak łatwo zwraca na siebie uwagę chorego, to zrozumiałem jest, że te przypadki torbiela błędnika sitowego, w których przychodzi do objawów ze strony oczodołu, dostaną się nam dopiero z polecenia okulisty, któremu zależy na wykluczeniu zmian w zatokach bocznych jamy nosowej.

Czy tak zwany torbiel błędnika sitowego *(mucocele)* wogóle polega na zatrzymaniu się wydzieliny z rozszerzeniem ścian istniejącej już pierwotnie anatomicznej jamy, czy na rozszerzeniu się torbiela śluzowego tej jamy (zwyrodnienie torbielowate błony śluzowej), nie jest jeszcze stanowczo rzeczą rozstrzygniętą; pewnem tylko jest, iż obok prawdziwej puchliny *(hydrops)* tak zwanej zapalnej (z nowszych autorów Dmochowski), niekiedy urazowej, istnieje inny rodzaj torbiela błędnika sitowego *(mucocele)*, którego powstanie wyjaśnia jednak odmiennie w ostatnich czasach Avellis *(Archiv für Lar.* Tom XI, 1901), odnosząc go nie do rozszerzania się torbiela śluzowego jakiejś jamy, jak to obok Virchowa przyjmuje Zuckerkandl, ale do rozdęcia się istniejącego już pierwotnie torbiela kostnego. Z zapatrywaniem Zuckerkandla nie zgadza się też Hajek. Według tłómaczenia tedy Avellisa, które mi bardzo do przekonania przemawia, torbiel *(mucocele)* nie będzie niczem innem, jak wytworzeniem się pęcherza kostnego z torbiela. Za pochodzeniem torbiela błędn. sitowego (mucocele), z torbiela przemawia stanowczo i to, iż błona, wyściełająca ścianę torbiela błędn. sitowego, nie ma cech błony śluzowej, ale przedstawia się jako gładka, szara, unaczyniona błona, a nadto obecność w jego treści kryształków cholestearyny, znajdujących się tylko w torbielach, a nie w wysiękach zapalnych. To nam też tłómaczy przebieg bezbolesny torbiela błędn. sitowego (mucocele), rozciągający się nieraz na lata i okazujący często długie przerwy w rozwoju. Gdy jednak spostrzeżenia, choć zdają się niekiedy potwierdzać powstanie torbiela błędn. sitowego z torbiela śluzowego, nie bardzo są pewne, przeto przyjąć należy, iż obok puchliny *(hydrops)* zapalnej, względnie urazowej istnieje inny torbiel błędn. sitowego *(mucocele)*, który zawdzięcza swe powstanie torbielowi kostnemu; czy powstanie z tego ostatniego jest wyłączne, okaże przyszłość.

Torbiel błędnika sitowego *(mucocele)* występuje w błędniku sitowym przednim, względnie w przedniej części muszli średniej, a przy rozszerzaniu się ku oczodołowi przyjść może z łatwością do wydęcia się blaszki papierzastej. Występuje wówczas na wewnętrznej ścianie oczodołu guz, który gałkę oczną pcha ku przodowi i na zewnątrz, względnie na zewnątrz i ku dołowi. Niema pewnych przypadków, aby torbiel błędn. sitowego (mucocele) rozszerzał się tylko ku oczodołowi; niezawsze też uwzględniano dokładne badanie jamy nosowej, lubo w wywiadach notowano niekiedy pewne utrudnienie oddechania nosowego. Jest jednak możliwe, iż zmiany w nosie mogą być bardzo nieznaczne; innym razem torbiel błędn. sitowego *(mucocele)* rozszerzać się będzie wogóle tylko ku jamie nosowej. Tę ostatnią postać napotykamy też częściej, jako tak zwane „pęcherze kostne“ i taki przypadek spostrzegałem raz jeden w roku 1896 w oddziale Prof. Pieniążka; pęcherz kostny w tym przypadku umiejscowiał się w samym początku muszli średniej, a będąc olbrzymich rozmiarów, sprowadził wygięcie przegrody chrząstnej ku przeciwnej stronie i sięgał aż do przedsionka nosowego. Po przebiciu jego ściany przedstawił się w postaci jamy jednokomorowej, wypełnionej cieczą prawie przeźroczystą, a na wyłamanych ścianach tego pęcherza kostnego widziało się, iż powierzchnia wewnętrzna nie była wyściełona błoną śluzową, lecz błoną cienką, połyskującą, silnie przylegającą do kości.

Torbiel błędnika sitowego, względnie muszli średniej, może wreszcie, jak to stwierdził Avellis, przy wzroście swym rozszerzać się ku zatoce czołowej, wypierając jej ściany, co skłoniło nawet Avellisa do przyjęcia, iż torbiele *(mucocele)* zatoki czołowej, pochodzenia nieurazowego, są w nieoznaczonej zresztą liczbie przypadków, pęcherzem kostnym z przedniego błędnika, zachowując się tak do zatoki czołowej, jak torbiel zębowy szczęki górnej do zatoki szczękowej, z którą również nic niema wspólnego. Ponieważ doświadczenie uczy, iż idzie tu przeważnie o wielkie jednokomorowe torbiele, dlatego należy, jak to radzi Avellis, a pierwotnie już i Hajek, próbować leczenia drogą wnętrza nosa, co mój przypadek również ilustrować będzie.

Gdy torbiel błędn. sitowego *(mucocele)*, jak wspomniałem, zacznie rozszerzać się ku oczodołowi, to przychodzi tu na wewnętrznej ścianie do wytworzenia się guza, a następnie do przesunięcia gałki ocznej. Jak długo wypuklona blaszka

papierzasta kości sitowej nie uległa zmianom, to guz taki będzie twardy w dotyku, a cały przebieg czynić go będzie bardzo podobnym do kostniaka, wychodzącego ze ściany wewnętrznej oczodołu. W przypadkach takich powinno się zawsze zwrócić uwagę na zachowanie się jamy nosowej, mianowicie co do jej drożności, a dokładne badanie wnętrza nosa może być tutaj rozstrzygające. Gdy blaszka papierzasta jest już bardzo cienka i zmieniona, to przy ucisku możemy uczuwać rodzaj trzeszczenia, a wreszcie przy ubytku w blaszce papierzastej, czuć będziemy wyraźne chełbotanie. Nakłócie próbne przez oczodół, zalecane w przypadkach wątpliwych, nie powinno być pierwej uskutecznione, zanim badanie jamy nosowej nie da pewnych wskazówek co do przyczyny cierpienia. Zdaje mi się jednak, iż w każdym przypadku torbiela błędn. sitowego *(mucocele)* wynik badania nosa będzie dodatni, a wtedy tą drogą nakłócie i właściwe leczenie wykonamy.

Przebieg torbiela błęd. sitow. *(mucocele)* trwać może, jak już wspomniałem, lata, z wielkiemi przerwami i w końcu nie powiększać się dalej. Względnie przyjść może do samoistnego przebicia się i dołączyć się zakażenie następowe, a wtedy wydzielina torbiela błęd. sitowego zmienia swój charakter, jak to raz spostrzegałem w przypadku takiego torbiela szczęki górnej z przebiciem się do dna jamy nosowej. W końcu w przypadku tym jama po poprzedniem jej wyskrobaniu (we Wiedniu, gdzie chora zasięgła porady) wypełniła się po dłuższym czasie ziarniną i zarosła, podczas gdy wypuklenie na podniebieniu twardem pozostało niezmienione. Możliwe jest wreszcie, iż treść torbiela błędn. sitow. (*mucocele)* ulegnie w sposób bliżej nam nie znany zakażeniu ropnemu, a wtedy obraz chorobowy zbliży go do otoku ropnego *(empyema)*. Że przy wypukleniu się torbiela błędn. sitowego ku oczodołowi może przyjść do samoistnego przebicia się do oczodołu, lub na zewnątrz oczodołu z wytworzeniem przetoki, podobnie jak to spostrzegano przy otoku, zdaje się być możliwem.

O torbielu *(mucocele)* zatoki klinowej nie wiemy wogóle nic, a ze względu na oczodół najmniej wchodzi on w rachubę; natomiast częściej powikłania ze strony oczodołu, względnie i narządu wzrokowego, spotykamy przy „mucocele“ błędnika sitowego, zatoki czołowej, a wreszcie i szczękowej. Jaki jest stosunek w świetle najnowszych spostrzeżeń właściwego torbiela błędnika sitowego do wspomnianych zatok, wyłuszczyłem już poprzednio. Zaburzenia ze strony oczodołu będą natury czysto mechanicznej, jako przesunięcie i upośledzenie ruchomości gałki ocznej, lub jako zaburzenie w odprowadzaniu cieczy łzowej. Możebne podwójne widzenie należeć będzie do objawów podmiotowych, choć zdarza się nieraz, jak to bywa i przy zezowatości rozbieżnej, iż z czasem chorzy przyzwyczajają się do niewidzenia jednego z dwóch widzianych obrazów. Że w następstwie przesunięć gałki ocznej bardzo wysokiego stopnia ucierpi sam nerw wzrokowy, jest rzeczą zrozumiałą i były spostrzegane zaciśnięcia pola widzenia, oraz niewidzenie. Wziernikiem stwierdzono mierne przekrwienie brodawki n. wzrokowego, wreszcie zmiany w łamliwości, jak nadmiarowość. Mierne łzawienie odnieść należy do upośledzonej czynności mięśnia okrężnego oka.

Przypadek, który miałem sposobność spostrzegać, dotyczył mężczyzny, liczącego około lat 32, a został mi przysłany przez kol. Dr. Brudzewskiego do zbadania jamy nosowej i rozstrzygnięcia, o ile objawy ze strony oka, względnie oczodołu, należy odnieść do jamy nosowej. Chory sam nie zwracał uwagi na jakiekolwiek zmiany w nosie; dopiero gdy objawy przesunięcia gałki ocznej znacznie się zwiększyły, i chory, badając się palcem, wyczuł jakiś guz na zewnętrznej ścianie oczodołu, postanowił szukać porady lekarskiej, zresztą nie bardzo skwapliwie, gdyż zmiany te wlokły się od szeregu miesięcy niepostrzeżenie, obok od czasu do czasu miernych bólów głowy. Dopiero przez kol. Dr. Brudzewskiego naprowadzony na możebny związek z jamą nosową, przyznał, iż oddycha gorzej stroną odpowiadającą, która zresztą według podania chorego i zwykle nie najlepiej drożną była.

Chory przedstawił mi się 28 grudnia 1900 r. i pierwsza rzecz, która zmuszała na siebie zwracać uwagę, było przemieszczenie gałki ocznej prawej ku przodowi i nieco na zewnątrz, mierne łzawienie i zaczerwienienie spojówek, najwyraźniejsze w kąciku wewnętrznym. Samoistnej dwuzwroczności nie było, zapomocą czerwonego szkła, przy bardzo obwodowem ustawieniu świeczki występowała dwuwzroczność ku górze i zewnątrz (obrazki nie skrzyżowane). Dno oka prawidłowe. *Visus* $^6/_6$ (wynik badania został mi udzielony przez kol. Dr. Brudzewskiego). Na wewnętrznej ścianie oczodołu wyczuć można było prawie w całości przez powiekę dolną, guz owalny, wielkości niedużego ziarnka bobu, o powierzchni gładkiej, zbitości elastycznej, przy ucisku lekko bolesny. W jamie nosowej tej strony znalazłem obok znacznego przekrzywienia przegrody na granicy części chrzęstnej i kostnej, wypuklenie na dolnej powierzchni przedniej części muszli średniej, zajmujące całą widzialną część przewodu średniego, a sam przedni koniec muszli średniej wydawał się, jakby był podniesiony ku górze. Nigdy chory nie uważał jakiejś nieprawidłowej wydzieliny z jamy nosowej, a do niedrożności tej strony, już istniejącej i poprzednio, tylko w mniejszym stopniu, przyzwyczaił się i sam się na nią nie skarżył. Przyjęcie związku między wypukleniem na muszli średniej do przewodu średniego, a wypukleniem na wewnętrznej ścianie oczodołu, nasuwało się samo przez się, a chcąc bliżej zbadać wypuklenie to w przewodzie średnim, wziąłem zwykły zgłębnik i wyczuwając nim pewien opór elastyczny, spróbowałem go pokonać; usłyszawszy jednak lekki chrzęst, wszedłem zgłębnikiem w głąb, jakby do jakiejś jamy; po usunięciu zgłębnika pokazała się kropla szarawo-mętnej wydzieliny w miejscu jego wbicia. Przy wykonaniu tego zabiegu chory poczuł pewien ból w oczodole, co tem więcej przemawiało za związkiem obu tych wypukleń. Zaproponowałem otwarcie wypuklenia od strony przewodu średniego, co chciałem uskutecznić haczykiem ostrym Hajeka, by następnie wyłamać blaszkę kostną i utorować odpływ do jamy nosowej. Chory musiał jednak chwilowo wracać do domu i przyrzekł zjawić się niebawem.

To „niebawem“ jednak odwlokło się aż do 21 kwietnia r. b., w którym to dniu znalazłem chorego prawie że wyleczonego ze swojego cierpienia, a ciekawy przebieg sprawy przedstawił się, jak następuje: już następnego dnia przy silniejszem wysiąkaniu nosa wypłynęła naraz w większej ilości wydzielina i zaraz potem chory poczuł pewną ulgę, a gdy jeszcze i przez kilka dni następnych podobna wydzielina

z nosa odchodziła, chory równocześnie zauważył, iż gałka oczna wróciła do prawidłowego położenia, a wspomniany guz na wewnętrznej ścianie oczodołu poprostu zniknął, równocześnie też i nos stał się drożniejszym; pewna wydzielina jednak w bardzo skąpej ilości utrzymywała się i nadal, niezawsze jednak; ja jej w jamie nosowej stwierdzić nie mogłem, ani chory mi jej naocznie pokazać nie mógł. Wspomniane wypuklenie na muszli średniej ustąpiło i wogóle stosunki w tej jamie nosowej, oprócz wspomnianego skrzywienia przegrody nosowej, znalazłem mniej więcej prawidłowe.

Przypadek więc chciał, iż zabiegiem, mającym właściwie uzupełnić badanie, otwarłem jamę i utorowałem drogę wydzielinie, a cały przebieg przemawia za tem, iż była to jama jednokomorowa, wychodząca najprawdopodobniej z przedniego błędnika sitowego, względnie z przedniej części muszli średniej. Dla wytłómaczenia powstania tej jamy w sposób, podany przez Avellisa, a więc uznania jej za pęcherz kostny, brak mi badania po wyłamaniu ściany jamy; przypuszczać jednak można, iż torbiel błędnika sitowego (mucocele) w przypadku tym brał początek z torbiela kostnego, co wogóle jest więcej uchwytne, niż tłómaczenie zwyrodnieniem torbielowatem błony śluzowej. Napotykane w jamach bocznych nosa torbiele, jako objawy zapalenia błony śluzowej, względnie torbiele, powstające w polipach tych jam, nie mają z torbielem błędnika sitowego (mucocele) nic wspólnego. Rzekome rozszerzenie z powodu torbiela śluzowego nie znajduje potwierdzenia w nowszych badaniach. Po ustąpieniu napięcia w przypadku moim wypuklenie, zależne od rozdęcia, ustąpiło, a obecność jeszcze od czasu do czasu pewnej wydzieliny przemawiałaby za tem, iż ściany tego torbiela wydzielają dalej pewną treść.

Wreszcie kol. Brudzewski, który w ten sam dzień po raz wtóry badał chorego, zauważył w miejscu, gdzie dawniej był guz, na wewnętrznej ścianie oczodołu wypuklenie się tej ostatniej podczas siąkania nosa przez chorego, coby było dowodem, iż w następstwie ucisku zanikła część blaszki papierzastej i ulega obecnie przez parcie wydymaniu się. Żałuję bardzo, iż objaw ten uszedł mojej uwagi, przez co nie zdołałem go osobiście stwierdzić, a zjawisko to znane, jako „pneumocele", tem więcej czyni przypadek ten interesującym; niewątpliwie więc w przewodzie średnim nosowym jama ta łączy się ze światem zewnętrznym, otworem tym dostaje się do niej powietrze, względnie skąpa jej wydzielina zostaje wydaloną na zewnątrz.

II. Z zakładu medycyny sądowej Uniwersytetu Lwowskiego.

O tz. hemotoksynach i innych pokrewnych im ciałach, oraz o znaczeniu ich dla medycyny w ogóle, a dla medycyny sądowej w szczególności.

Napisał

Prof. Dr. Włodzimierz Sieradzki.

(Ciąg dalszy).

Streściłem szerzej tę pierwszą pracę Bordeta, gdyż stanowi ona podstawę wszystkich późniejszych badań, a w ciągu nich to pierwsze jego spostrzeżenie tworzy zawsze niejako szkielet, około którego grupuje się coraz więcej nowych szczegółów. Z badaczy, którzy obok samego Bordeta[6]) podjęli w dalszym ciągu powyższy temat i znacznie go rozszerzyli i pogłębili, wymienić należy na pierwszem miejscu spółkę Ehrlicha i Morgenrotha[7]), obok zaś stoi Nolf[8]), von Dungern[9]) i wielu innych. Te dalsze badania przyniosły cały szereg szczegółów pierwszorzędnej wagi, wśród nich jednak zarysowały się poważne różnice zdań między badaczami co do tłómaczenia pojedynczych zjawisk, a w szczególności między Bordetem z jednej, a Ehrlichem i Morgenrothem z drugiej strony. Zanim jednak naszkicuję główne zarysy tego sporu naukowego, muszę przedewszystkiem zestawić te dalsze spostrzeżenia w danej sprawie, które ogólnie zostały potwierdzone. Teorya dwóch substancyj, wypowiedziana najpierw przez Bordeta, została w zasadzie powszechnie przyjętą, z różnicą co do nazw tych działających przy hemolizie istot. Bordet nazywa substancyę specyficzną, nieginącą przy ogrzaniu do 56° C., substancyą usposabiającą *(substance sensibilisatrice)*; drugą zaś, właściwie hemolityczną, niespecyficzną, ginącą przy ogrzaniu do 56° C., aleksyną. Ehrlich zaś i Morgenroth nazywają pierwszą ciałem uodporniającem lub pośredniem *(Immunkörper, Zwischenkörper)*, drugą dodatkiem lub uzupełnieniem *(Addiment, Complement)*. Substancya specyficzna działa wprost na ciałka czerwone, łączy się z niemi i zostaje pochłoniętą i to nie w ściśle określonym stosunku, lecz przeciwnie ciałka czerwone są zdolne pochłonąć tej istoty więcej, niż jej potrzeba do zupełnego rozpuszczenia, przyczem ta zdolność pochłaniania większej ilości substancyi specyficznej jest w pojedynczych doświadczeniach bardzo rozmaitą. Druga substancya działać może, przynajmniej działa w sposób wydatny, tylko na ciałka połączone (sensibilisés) z pierwszą; przy działaniu zużywa się w stosunku prostym do ilości ciałek, które ma rozpuścić. Substancya specyficzna wytwarza się w surowicy szczepionego zwierzęcia tylko pod wpływem samych ciałek czerwonych, a nie innych składników krwi, i to w szczególności szkieletów tychże ciałek *(stromata)*, nie hemoglobiny, choć pod tym względem istnieją i przeciwne zdania. Działanie hemolizyn jest specyficzne z nielicznymi wyjątkami, które dają się wyjaśnić blizkiem pokrewieństwem gatunków zwierzęcych; n. p. surowica królika, szczepionego krwią kury, rozpuszcza również, choć nieco słabiej, ciałka czerwone gołębia. Siłę hemolityczną danej surowicy można dość ściśle przez porównawcze badanie określić. Niekiedy, lecz nie zawsze, da się otrzymać isolizynę (Ehrlich i Morgenroth), to znaczy przez wstrzykiwanie krwi zwierzęciu z drugiego osobnika tego samego gatunku wywołać hemolizynę względem ciałek czerwonych tego drugiego osobnika. Autolizyny, t. j. istoty, działającej na ciałka czerwone tego samego osobnika, szczepionego krwią własną, otrzymać nie można. Jeżeli hemotoksynę, a więc n. p. surowicę królika, szczepionego krwią świnki morskiej, wstrzyknie się drugiemu królikowi, to ten nabierze własności hemotoksycznych względem krwi świnki morskiej, ale w sposób bierny, w stopniu, zależnym od ilości wstrzykniętej surowicy. Jeżeli jednak surowicę czynną wstrzyknie się według powyższego przykładu śwince morskiej, to przy zastosowaniu większych dawek następuje śmierć tego zwierzęcia, przy mniejszych zaś dawkach powstają w surowicy świnki morskiej ciała, posiadające wybitne własności przeciwne wstrzykniętej surowicy, a więc antyhemotoksyny. Te istoty „anti" działają przeciw obydwom substancyom,

składającym hemotoksynę *(antialéxine, antisensibilisatrice)*; ważniejszą gra rolę istota, przeciwdziałająca substancyi, zwanej przez Bordeta aleksyną, przez Ehrlicha i Morgenrota „addymentem“. Przeciw więc sztucznym hemotoksynom można zwierzę uodpornić, podobnie, jak to niezależnie od od tych badań wykazały prace Camusa i Gleya[10]), Kossela[11]), Czystowicza[12]) dla naturalnej hemotoksyny, jaką w wysokim stopniu przedstawia krew węgorza dla krwi ssawców. Przez wstrzykiwanie bowiem małych ilości krwi węgorza ssawcowi staje się on odpornym na działanie dawek stanowczo śmiertelnych. Zjawisko to można zresztą zauważyć i przy doświadczeniu z innymi gatunkami zwierząt, których krew działa wzajemnie na ich ustroje trująco. Tą otrzymaną antyhemotoksyną można wywołać znowu bierną odporność przez zastósowanie jej zwierzęciu nowemu, której stopień zależy wprost od ilości wstrzykniętej surowicy antyhemotoksycznej. W tłómaczeniu tych niezwykle zajmujących zjawisk, z których tylko najważniejsze w krótkości przedstawiłem, panują jeszcze, jak to powyżej już zauważyłem, poważne różnice zdań. Bordet, przedstawiciel jednej grupy autorów, twierdzi, że ustrój posiada tylko jedną istotę, działającą zabójczo, rozpuszczającą ciałka czerwone obce, t. j. aleksynę Buchnerowską, a ta sama istota działa również na wprowadzone do ustroju drobnoustroje; aleksyna ta jest identyczną u wszystkich zwierząt. Między innymi dowodami na poparcie tej „zasady jedności istoty cytolitycznej“ zasługuje na wzmiankę następujące doświadczenie: „Surowica antycholeryczna, ogrzana poprzednio do 56° C., nie wywołuje charakterystycznej zmiany w przecinkach cholery; po dodaniu jednak surowicy zwierzęcia nowego (prawidłowego) występuje szybko objaw Pfeiffera. Otóż jeżeli do tej mięszaniny doda się następnie ciałek czerwonych, wymięszanych poprzednio z odpowiednią surowicą hemotoksyczną, ale ogrzaną do 56° C. i skutkiem tego niezdolną do hemolizy, to pomimo obecności w otrzymanej mięszaninie surowicy nowego zwierzęcia i surowicy hemotoksycznej, ogrzanej do 56° C., rozpuszczenie ciałek czerwonych wcale nie występuje, gdyż aleksyna surowicy nowej została zużytą na zniszczenie przecinków cholerycznych“. Druga istota specyficzna „substance sensibilisatrice“ wytwarza się w ustroju wskutek wprowadzenia doń obcych ciałek czerwonych (względnie bakteryj), a zadaniem jej jest usposobić te obce pierwiastki na działanie aleksyny, przyczem ta akcya „usposobienia“ pojmowaną jest przez Bordeta w sposób niejako mechaniczny.

Sumienne i bardzo drobiazgowe badania Ehrlicha i Morgenrotha wykazują jednak, że sprawa ta nie przedstawia się tak prosto i zwięźle, jakby to chciał Bordet, gdyż istnieje cały szereg zjawisk, które bezwarunkowo nie dadzą się pogodzić z zapatrywaniem tego autora. Ehrlich i Morgenroth przyjmują jako podstawę tłómaczenia procesu hemolizy teoryę bocznych łańcuszków *(Seitenkettentheorie)*, podaną pierwotnie przez Ehrlicha dla sprawy toksyn i antytoksyn. Istotnie przyznać trzeba, że dotąd zdołali oni wszystkie, tak przez siebie jak i przez innych poczynione spostrzeżenia zastosować i wytłómaczyć swoją teoryą, a należałoby tylko sobie życzyć, by okazała się ona i w dalszym ciągu badań tak zwycięzką i przez to ujednostajniła zapatrywania i usunęła istotny zamęt w obecnym stanie nauki. Nie podobna mi tutaj przedstawiać całości tej bądź co bądź zawiłej teoryi łańcuszkowej Ehrlicha; zaznaczę tylko kilka jej najważniejszych rysów, a względnie podniosę różnice, jakie teorya ta okazuje z teoryą Bordeta, specyalnie w sprawie hemolizy. Teorya łańcuszkowa opartą jest na zasadach chemii, a mianowicie stereochemii, zastosowanej do procesów życiowych żywych komórek ustroju. Każda drobina protoplazmy komórkowej posiada cały szereg grup, ułożonych jakby łańcuszek około pewnego środka, które zdolne są łączyć się chemicznie z odpowiedniemi grupami innych drobin, które nadto mogą być odtrącone od swego środka i krążyć następnie wolno w sokach ustroju, podczas gdy na ich miejsce wytwarzają się nowe grupy. Proces ten odbywa się wciąż w życiu prawidłowem komórki, przy przemianie materyi. Z grupami temi (receptorami) łączą się i grupy obcych istot, np. toksyn, a w takim razie „receptor“ ten w połączeniu z grupą toksyny zostaje strącony, a na jego miejsce powstaje nowa grupa. Ta zastępcza regeneracya nie ogranicza się jednakowoż na powstaniu tylko jednej grupy na miejsce strąconej, ale wytwarza się szereg, pewien zapas odpowiednich grup, które następnie krążą wolno w sokach ustroju i stanowią antytoksyny, gdyż łącząc się z grupami toksyn, nie dopuszczają ich działania na komórki ustroju. Cząsteczka zaś toksyny posiada dwie grupy: jedną, która się łączy z „receptorem“ komórki, zwana „haptophor“, druga zwana „toxophor“. Antytoksyny więc zostają wytworzone przez komórki ustrojowe, posiadające przez charakter swoich grup, czyli „receptorów“, chemiczne powinowactwo do danych toksyn. W procesie hemolitycznym odbywa się również działanie chemiczne według tych samych prawideł, co dla toksyn i antytoksyn. Ciałko czerwone posiada szereg grup, które chemicznie łączą się z odpowiednią grupą ciała pośredniego *(Zwischenkörper, Immunkörper)*. To ciało pośrednie posiada dwie grupy, jest „amboceptorem“, a ta druga grupa łączy się z „komplementem“, a mianowicie z jego grupą „haptoforną“, podczas gdy druga grupa „komplementu“ toksoforna lub zymotoksyczna pozostaje wolną. Przy takim połączeniu hemoliza jest dokonaną; ciało pośrednie bowiem wraz z „komplementem“ stanowi jakby toksynę dla ciałka czerwonego. Ciało pośrednie łączy się chciwie z „receptorem“ ciałka czerwonego, słabiej z „komplementem“ drugą swą grupę, która znowu sama przez się nie jest zdolną do połączenia z „receptorem“ ciałka czerwonego. W surowicy krwi krąży większa ilość różnych ciał pośrednich i „komplementów“, strącanych ustawicznie przez komórki ustrojowe. Przy naturalnej hemolizie, a więc przy procesie rozpuszczania ciałek czerwonych jednego zwierzęcia przez surowicę zwierzęcia z innego gatunku wchodzą w grę zawsze te dwa ciała, t. j. ciała pośrednie i „komplement“, według tych samych prawideł, co przy sztucznych hemotoksynach.

Że w surowicy krwi znajdują się różne, a nie jeden „komplement“ (aleksyna Bordeta), tego dowodzą liczne spostrzeżenia. I tak dały się stwierdzić komplementy, które nie giną przez ogrzanie do 56°C.; dalej „komplementy“ tem między sobą różne, że posiadają odmienną zdolność przechodzenia przez pewne sączki i w ten sposób dały się od siebie oddzielić, a wreszcie rozmaitość „komplementów“ najlepiej się udowadnia rozmaitością „antykomplementów“, — czemu i sam Bordet w ostatnich swych doświadczeniach nie zaprzecza. Ta mnogość „komplementów“ stanowi najbardziej zasadniczą różnicę między unitarną teoryą Bordeta, a zapatrywaniem

Ehrlicha i Morgenrotha. Zdaje się jednak, że tych „komplementów“ istnieje pewna ograniczona ilość, i że pewne gatunki zwierząt posiadają mniejszą lub większą część identycznych „komplementów“, lub też przynajmniej pokrewnych. Przez ogrzanie „komplement“ właściwie nie ginie, ale się zmienia na t. zw. „komplementoid“, który jest zdolny do wywołania „antykomplementu“ w ustroju zwierzęcia, szczepionego tym „komplementoidem“, a więc np. surowicą ogrzaną do 56° C.

Działanie antykomplementu polega na połączeniu jego z „haptoforną“ grupą komplementu, skutkiem czego ten ostatni nie może wejść w związek z ciałem pośrednim. W pewnych warunkach może być brak w ustroju komplementów. I tak zauważyli to zjawisko Ehrlich i Morgenroth przy ciężkiem zatruciu fosforem, Nolf — przy rozległem ropieniu.

Z tego krótkiego przedstawienia teoryi Ehrlicha i Morgenrotha, tłómaczącej proces hemolizy, a uzasadnionej odpowiedniemi doświadczeniami, wynika, że sprawa ta w swej głębszej istocie jest zawiłą i wymaga jeszcze dłuższych badań. W każdym razie szereg faktów nie ulega już wątpliwości, a to przedewszystkiem sam proces hemolizy przez surowice, sztucznie otrzymywane, udział w nim dwóch odmiennych istot, analogia z zachowaniem się ustroju względem ciałek czerwonych obcych i mikroorganizmów. Analogia ta między surowicą przeciwkrwinkową, a surowicą zwierzęcia uodpornionego względem pewnego rodzaju drobnoustrojów, objawia się jeszcze silniej przez to, że surowica przeciwkrwinkowa, oprócz własności hemolitycznych, przedstawia jeszcze własności aglutynacyi odpowiednich ciałek czerwonych, zupełnie podobnej do aglutynacyi bakteryj przez odpowiednie surowice. I ta własność surowicy przeciwkrwinkowej była przedmiotem badań, szczególniej ze strony Bordeta, a potem Nolfa, a badania te rzuciły niewątpliwie dużo światła na sprawę aglutynacyi wogóle tak mikrobów, jak i ciałek czerwonych. Przedewszystkiem więc stwierdzono, że własność surowicy krwi aglutynowania ciałek czerwonych obcych istnieje niezależnie od jej własności hemolitycznych, aczkolwiek również przez szczepienie zwierzęcia krwią obcą da się wywołać sztucznie, względnie znacznie powiększyć, jeśli już istniała w stosunkach prawidłowych, tj. przed szczepieniem. Aglutynina nie ginie przy 56° C., nie jest również identyczną z „substance sensibilisatrice“ Bordeta lub „Zwischenkörper“ Ehrlicha i Morgenrotha, ani też z t. zw. precypityną, o której poniżej mówić będę. Co się tyczy głębszego mechanizmu aglutynacyi, to, jak to poprzednio, mówiąc o sprawie odporności względem bakteryj wspomniałem, istnieją w tym kierunku liczne tłómaczenia i teorye. Rozszerzyłbym zanadto ramy niniejszego wykładu, gdybym zechciał je na tem miejscu choćby w krótkich słowach streszczać. Zaznaczę tylko, że Bordet właśnie na podstawie studyów nad aglutynacyą ciałek czerwonych przy sztucznych hemotoksynach dochodzi do wniosku, że aglutynina działa na ciałka czerwone swoiście w ten sposób, że zmienia stosunki przyciągania drobinowego między ciałkami a otaczającym płynem, poczem samo zlepianie się ciałek i opadanie na dno naczynia odbywa się na mocy praw czysto fizycznych. W antyhemotoksynach stwierdzono również istnienie antyaglutyniny.

(Ciąg dalszy nastąpi).

III. Oceny i sprawozdania.

Gerichtsärztliche Geburtshülfe von Prof. Dr. H. Fritsch, Geheimer Medizinalrath, Director der Universitäts-Frauenklinik in Bonn. (Mit 14 in den Text gedruckten Figuren. Stuttgart. Verlag von Ferdinand Enke 1901. 8°, S. 210. Cena 5 M. 60).

Całość, opracowaną nader przejrzyście i zrozumiale, dzieli ją autor na sześć głównych rozdziałów, w których po kolei omawia dzieciobójstwo, spędzenie płodu, zdolność płciową i przeszkody małżeńskie, dochodzenie ciąży i błędy w sztuce. W rozdziale pierwszym, omówionym najobszerniej, tłómaczy F. przedewszystkiem odnośne ustępy z ustawy (czyni to także w rozdziałach następnych), poczem podaje nader trafnie zasady, jakiemi lekarz kierować się winien przy wydawaniu orzeczenia, przechodzi dalej do badania matki i dziecka, roztrząsając wyczerpująco zasadnicze pytania, na jakie odpowiedzieć należy w przypadkach dzieciobójstwa. Osobne obszerne ustępy poświęca porodowi ulicznemu i samopomocy przy porodzie. Rozdział ten obfituje w kazuistyczne przypadki. Rozdział drugi „O spędzeniu płodu“ rozpoczynają uwagi ogólne, wśród których spotykamy się z może za daleko idącemi radami, jak n. p. by w przypadkach wzniecania sztucznego poronienia spisano odnośny protokół wobec świadków, a do zabiegu nie przystępowano bez poprzedniego porozumienia się z dwoma kolegami zawodu. Następuje omówienie cech rozpoznawczych odbytego poronienia, badanie jaja płodowego, jakoteż środków, używanych do spędzenia płodu. Zgwałcenie i niezdolność płciowa, podobnie jak i dochodzenie ciąży, są w stosunku do rozdziałów poprzednich omówione pobieżniej; nie można jednak z tego czynić autorowi zarzutu, zaznacza bowiem wyraźnie na wstępie, że książka jego przeznaczoną jest dla początkujących. Nieco skrajne stanowisko zajmuje Fritsch w rozdziale ostatnim, tyczącym się błędów w sztuce. Wychodząc z założenia, że *errare humanum est*, dalej, że lekarz położnik zazwyczaj operuje w warunkach niekorzystnych, że popełniając błędy, niema przecież zamiaru ich popełnić, i że wreszcie przez dochodzenia i rozprawy sądowe nikt korzyści nie odniesie, a roztrząsanie całego przypadku zwiększa tylko żal męża za stratą żony i podkopuje zaufanie publiczności do lekarzy, żąda, by wyraz „błąd w sztuce“ przestał istnieć. Sądzi dalej, że „das ärztliche Gewissen“ zmusi każdego lekarza po popełnieniu jakiegoś błędu do zastanowienia się nad odnośnym przypadkiem, a przez uzupełnienie z własnego popędu wiedzy zapobiegnie dalszym podobnym błędom. Zapatrywanie to jest po części słuszne; trudno jednak w ten sposób oceniać wszystkie przypadki, zwłaszcza te, z których widnieje zupełne nieuctwo; a te tylko karze ulegają. Pęknięcie macicy, operacye kleszczowe, przedwczesny poród, obrażenia płodu, pozostawienie w macicy części łożyska lub jaja płodowego, gorączka połogowa, oto dalsza treść tego rozdziału.

Jak z powyższego zestawienia wynika, wyczerpał autor materyał zupełnie, a wartość pracy podnosi niezwykle ten szczegół, że pojedyncze zagadnienia poparte są licznymi przykładami z praktyki. W pracy uwzględnione zostało najświeższe piśmiennictwo, nawet polskie (Wachholz: Podręcznik medycyny sądowej), a co za tem idzie, brak w niej przestarzałych zapatrywań i wniosków. Czytając pracę tę, odnosi się wrażenie, że pisał ją nietylko doskonały położnik, lecz równocześnie dobry lekarz sądowy. Jakkolwiek więc każdy poczytny podręcznik medycyny sądowej omawia zagadnienia z położnictwa, to jednak przyjąć należy pracę Fritscha z prawdziwem zadowolnieniem i polecić ją każdemu lekarzowi, zwłaszcza zaś położnikowi, który niejednokrotnie jako znawca sądowy występować może.

Horoszkiewicz.

IV. Wyciągi.

Prof. Sawczenko. **Spostrzeżenia morfologiczne odnośnie do patogenezy nowotworów.** *(Russk. Arch. Patol., Klinicz., Medic. etc.* Marzec, 1901). Wychodząc z założenia, że możliwie wszechstronne badanie nowotworów, zwłaszcza zaś upostaciowanych utworów, obcych komórkom prawidłowym, może rzucić pewne światło na patogenezę nowotworów, przytacza autor nowy szereg własnych spostrzeżeń w tym kierunku. Spostrzeżenie pierwsze dotyczy włókniaka, usuniętego operacyjnie z palca. W przypadku tym badanie zwykłemi metodami wykazało tylko utkanie włókniaka: przy ustaleniu zaś w płynie Flemminga i barwieniu anilinowymi barwikami uderzyła autora obecność licznych, silnie się barwiących ciałek, kształtu kulistego lub owalnego; ciałka te silnie załamywały światło i spoczywały już to w protoplazmie komórek, już też między włóknami. Badanie mikrochemiczne tych ciałek nie pozwalało ich podciągnąć pod żaden ze znanych typów przeobrażenia protoplazmy komórkowej (śluz, koloid, istota szklista), tak, iż można już było myśleć o jakichś pasorzytach, zwłaszcza, iż niektóre z nich zdawały się pączkować. Jednakże dłuższe (dobę trwające) barwienie (barwikami anilinowymi) dało możność określenia pochodzenia tych ciałek, a mianowicie wykazało, iż są to niedokształcone włókna sprężyste (ciałka te i uwydatnione dopiero przy silniejszem barwieniu odchodzące od nich włókienka barwiły się odpowiednio orceiną i fuksyną i kwasem azotowym). Zdaniem autora to niedokształcenie włókien sprężystych było następstwem nieprawidłowej wogóle czynności komórek w nowotworze, co dało powód do nagromadzenia się w komórkach istoty elastogennej w postaci wyżej opisanych ciałek.

Spostrzeżenie drugie dotyczy utworów, spotykanych w mięsakach o komórkach różnokształtnych z domieszką komórek olbrzymich. Ustalając kawałki w płynie Flemminga i barwiąc skrawki barwikiem Ehrlich-Biondiego, autor zauważył w jądrach niektórych komórek obok żółto zabarwionych jąderek jakieś twory, barwiące się wybitnie zielono, którego to odczynu nie daje ani śluz, ani koloid: zwykłych odczynów na śluz twory te nie dawały również: pod wpływem kw. osmowego w płynie Flemminga barwiły się one na kolor sepii. W kawałkach, ustalonych w wyskoku lub sublimacie, tworów tych wykazać się nie udało; na ich miejscu w jądrach widoczne były wakuole. Przy dokładniejszem badaniu wśród tych tworów dawały się wyróżnić 2 typy: 1) b. drobne, jednolicie barwiące się ciałka, lub ich skupienia; 2) ciałka pęcherzykowate z otoczką i jej zawartością, już to w postaci kulistego jednolitego kłaczka, już też w postaci dwu lub kilku podłużnych, niekiedy zgiętych ciałek, wśród których niekiedy były widoczne silnie zabarwione ziarenka. Autor przeprowadza w dalszym ciągu analogię między tymi tworami, a tworami, opisanymi przez niego już dawniej w rakach i śródbłoniakach, nie twierdzi jednak stanowczo, iżby to miały być pasorzyty, wywołujące te nowotwory, zwłaszcza wobec wypowiedzianego niedawno przez Borrela poglądu, że podobne do pasorzytów twory, spotykane w rakach, są właściwie zmienioną „idiosoma“, właściwą każdej komórce. Na podstawie tego, iż dzielenie się jąder w tych nowotworach autor spotykał głównie w komórkach, których jądra zawierały wyżej opisane twory, przypuszcza on możliwość istnienia ściślejszego związku przyczynowego pomiędzy rozwojem tych tworów w jądrach a sprawą podziału jąder i powstawania tutaj komórek olbrzymich; wobec jednak tego, iż jakość tych tworów i ich znaczenie nie są dostatecznie jeszcze wyjaśnione, związek ten uważa tylko za możliwy.

Wreszcie badając mięsaki olbrzymio-komórkowe, zauważył autor na preparatach, ustalonych w płynie Flemminga lub w sublimacie, jakieś twory kształtu krystalicznego w obrębie komórek olbrzymich: twory te nie dawały się w żaden sposób zabarwić i ten właśnie brak zabarwienia wyróżniał je od protoplazmy, wśród której leżały. Autor sądzi, iż za życia tych komórek znajdowały się w nich jakieś twory krystaliczne, które uległy rozpuszczeniu przy ustaleniu, a więc, że widziane przezeń twory były tylko lukami w protoplazmie, które powstały po rozpuszczeniu kryształu, zachowując dalej kształt kryształu. *Gliński.*

Doc. Hammerschlag (Wiedeń). **Przyczynek do nauki o ropniach mózgowych pochodzenia usznego.** *(Monatsschrift für Ohrenheilkunde* Nr. 1, 1901). W zamiarze zużytkowania materyału statystycznego w celach rozpoznawczych i leczniczych, rozpatruje autor zestawionych przez się 195 przypadków, w których ropień płatu skroniowego rozpoznano za życia i operowano. Najczęściej chorobę tę stwierdzano u osób między 20 a 30 rokiem życia. Z 175 chorych 122 przypada na płeć męzką, 53 na żeńską. Ze 187 przypadków ropienie uszne przewlekłe poprzedzało 149 razy, ze śmiertelnością 52,4%; ropienie ostre 37 razy ze śmiertelnością 62%, podostre jeden raz. Rokowanie jest zatem najgorsze po ropieniu ostrem. W liczbie 170 przypadków ciepłota ciała była prawidłową 46 razy, podniesioną 106 razy. Z tych 35 razy istniały różne powikłania śródczaszkowe, a tylko 65 razy gorączka pochodziła z samego ropnia mózgowego; 18 roku była ciepłota podgorączkowa. — Wreszcie były 17 razy, t. j. w 11 przypadkach powikłania, a 6 — bez powikłania.

Z objawów ogólnomózgowych ból głowy stwierdzono w 103 przypadkach. Większe bóle głowy miejscowe, posiadające znaczenie rozpoznawcze, były dość rzadkie, bo tylko w 28 przypadkach, i umiejscowione były po stronie ropnia, a 14 razy istniała tylko bolesność na ucisk w okolicy skroniowej strony chorej. Zaburzenia psychiczne były 105 razy. Z 24 przypadków, połączonych z bezprzytomnością i śpiączką, wyleczyło się drogą operacyjną 13. Zwolnienie tętna zanotowano 73 razy; zmiany na dnie óka (różne stopnie zastoju, aż do zaniku nerwu wzrokowego) 60 razy. Z objawów ogniskowych stwierdzono niemotę 53 razy na 96 przypadków ropnia lewego płatu skroniowego; widzenie połowicze 6 razy, porażenia 70 razy; ruchowe objawy podniecenia w postaci kurczów 7 razy. Bezczułość połowiczą wykazano w nieznacznej tylko liczbie przypadków. Z 106 przypadków, operowanych od strony kości skroniowej, wyleczonych było 37·7%; z 64 operowanych od strony wyrostka sutkowego wyzdrowiało 48·4%; z 10 przypadków, operowanych (z równoczesnem wydłutowaniem części łuskowej i stropu jamy bębenkowej, wyleczono 8, t. j. 80%. Wnioski z tych liczb statystycznych łatwo wysnuć. *Spira.*

Prof. Wachholz. **Badania nad kryształkami heminy.** (*Vierteljahrschrift für gerichtliche Medicin* T. XXI, Z. 2, 1901). Udowodniwszy na wstępie, że mylnem jest zdanie Drozniczenki, jakoby pierwszy Friedberg spostrzegał kryształki heminy, a nie Teichmann, przystępuje W. do właściwego tematu, a to do wykazania, które z kwasów nieorganicznych i organicznych tworzą z solami chloru, bromu i jodu w obecności krwi kryształki heminy, i czy przy wysychaniu zgniłej krwi tworzą się stale samoistnie kryształki heminy.

W odpowiedzi na pierwsze pytanie przychodzi autor na mocy swych doświadczeń do wniosku, że wszystkie silne kwasy mineralne i organiczne mogą służyć do otrzymywania kryształków heminy, jeśli ich użyto w obecności alkoholu 90%—95%; najlepiej zaś nadaje się do tego celu mięszanina alkoholu 90%—95% i zgęszczonego kwasu siarkowego w stosunku 1: 10.000, lub kwasu mlekowego, względnie octowego i alkoholu w równych częściach. Ogrzewanie próby powinno się odbywać nader ostrożnie tak, by płyn się gwałtownie nie zagotowywał. Użycie mięszaniny alkoholu i kwasu posiada tę zaletę, iż zagotowując się w niższej ciepłocie, aniżeli czysty kwas octowy lub mlekowy, zapobiega zniszczeniu reakcyi. Możliwem jest także, że alkohol odgrywa rolę wody krystalizacyjnej, a temsamem ułatwia krystalizacyę.

Co do samoistnego tworzenia się kryształków heminy we krwi zgniłej, to badania dały wynik ujemny, nadto zaś wykazały, że krew gnijąca, która, badana spektralnie daje widmo hemochromogeny, chociażby pod wpływem kwasu octowego lodowatego przedstawiała widmo hematyny kwaśnej, kryształków heminy już nie tworzy.

Nieco odmiennie wypadły badania krwi tlenkowęglowej, przechowywanej od dwóch lat w szczelnie zamkniętej flaszce z różną ilością na zimno wysyconego boraksu. Jakkolwiek krew ta, badana spektralnie, dawała widmo tlenkowęglowej hemochromogeny, to jednak otrzymano po jej zasuszeniu na szkiełku przedmiotowem, zaprawieniu solą kuchenną i kwasem octowym lodowatym, względnie mieszaniną jego z alkoholem i po łagodnem ogrzaniu, kryształki heminy. Dodatni ten wynik tłómaczy autor utrudnionym przystępem powietrza, działaniem boraksu, a także obecnością tlenku węgla.

Z kolei starał się W. stwierdzić, o ile pewne zanieczyszczenia, jak rdza, piasek, glinka, węgiel zwierzęcy, domieszka barwików anilinowych, formaliny etc. utrudniają, względnie uniemożliwiają dodatni wynik tej próby. We wszystkich jednak próbkach, z wyjątkiem jednej, którą zmięszano z wodnikiem hidrazyny, zdołano otrzymać kryształki heminy.

Wreszcie badał W. zachowanie się krwi ogrzanej do ciepłoty wyżej 200° i wykazał, że barwik jej przechodzi w tych warunkach w jakiś bliżej nieznany pochodny. Pochodny ten barwik rozpuszcza się na zimno, łatwiej po ogrzaniu w zgęszczonym kwasie solnym, lub bezwodnym kwasie mrówczanym, barwą brunatno-czerwoną; płyn ten jednak w nawet w silniejszem zgęszczeniu nie daje widma hematyny kwaśnej, natomiast stwierdza się zaciemnienie widma z wyjątkiem pola czerwonego i żółtego. Rozczyn ten rozcieńczony wodą nie zmienia się; po dodaniu ługu powstaje osad. Pochodny barwik rozpuszcza się łatwo w zgęszczonym kwasie siarkowym, dając widmo hematoporfiryny: kryształków heminy nie tworzy. *Horoszkiewicz.*

Bukojemski. **Leczenie chorób macicy i jej przydatków zapomocą wstrzykiwań śródmacicznych.** (*Russkij Archiw patologii, kliniczeskoj mediciny i bakteryologii*, 1901). Wywody swoje oparł autor na podstawie 4-letniego stosowania w szpitalu odeskim wstrzykiwań śródmacicznych, i metodę tę uznaje za najskuteczniejszą w leczeniu niektórych chorób macicy i ich przydatków. Skład płynu wstrzykiwanego jest następujący: nalewka jodowa i wyskok po równej części z dodaniem 5% alumnolu. Czterdzieści wstrzyknięć wystarczało do zakończenia leczenia. Do wstrzykiwań używa autor strzykawki Brauna i wykonywa je codziennie, używając 1,0—2,0 wyżej podanej cieczy na każde wstrzyknięcie. Najlepsze wyniki otrzymał autor ze swej metody leczniczej w ostrem zapaleniu śródmacicznem na tle rzeżączkowem, w zapaleniu trąbek i jajników miąższowem, wreszcie w ostrem zapaleniu omacicznem. Niemniej skutecznie działały w mowie będące wstrzykiwania w trzech przypadkach małych mięśniaków macicy, ustało krwawienie i ucichły bóle. Prócz tego leczenie to wywołuje zwiększenie przerw w miesiączkowaniu, co szczególnie dobrze wpływa na przebieg choroby przydatków macicznych. *K.*

Bokarius (Charków). **Kryształy Florencea i ich znaczenie sądowo-lekarskie.** (*Vjschr. f. g. M.* T. XXI, Z. 2, 1901). B. potwierdza wyniki badań innych autorów, że można otrzymać kryształy Fl. nietylko z nasieniem ludzkiem, lecz także z nasieniem zwierząt, nadto zaś z całym szeregiem innych istot pochodzenia zwierzęcego i roślinnego. Wydaliny ludzkie, jak i plamy krwi, nie dają odczynu; wyjątkowo tylko te ostatnie, jeśli powstały przez rozgniecenie owadów. Z nasieniem ludzkiem otrzymuje się odczyn znacznie łatwiej, niż z innemi istotami, kryształy też są większe, a co najważniejsze, że mają kształt, przypominający kryształki Teichmanna, kształt, którego nie mają kryształki, otrzymane z innemi ciałami. Dłuższe przechowywanie nasienia nie wpływa na wynik odczynu; mały wpływ wywiera wyższa ciepłota; gnicie tylko wówczas uniemożliwia dodatni wynik odczynu, jeśli działają bakterye, zabarwiające płyn na szmaragdowo zielono, względnie pomarańczowo żółto. Znaczna ilość domieszanego moczu, ropy, krwi, śluzu czynią dodatni wynik próby niemożliwym. Wedle doświadczeń autora nie musi się używać tego rozczynu jodu, jaki podał Florence; jod musi się tylko znachodzić w nadmiarze, a próba nie powinna być wykonaną z dużą ilością płynu. *Horoszkiewicz.*

Rey: **O patogenezie lęku nocnego dzieci.** (*Revue mensuelle des maladies de l'enfance.* Mai 1901). Lęk nocny dzieci u nas rzadziej się spotyka; objawia się on w następujący sposób: trzy do czterech godzin po ułożeniu do snu dziecko siada, krzyczy i wyciąga ramiona, szukając pomocy. Oczy ma ustawione w słup, twarz blada, prawie zawsze potem pokryta. W pierwszej chwili dzieci nic nie mówią i wydają tylko niezrozumiałe dźwięki, a dopiero po kilku minutach wymawiają wyrazy, będące w związku z wyobrażeniami, powstałemi we śnie. Stan ten trwa kilka minut do pół godziny, a kończy się po zaświeceniu i przełożeniu dziecka do innego łóżka. Przez cały dalszy czas dziecko się nie budzi i śpi dalej w drugiem łóżku do rana. Niekiedy po upływie jednej do dwóch godzin pojawia się drugi napad, a bardzo rzadko i trzeci. Po przebudzeniu się dziecko nie przypomina sobie zdarzenia w nocy.

Na podstawie własnych spostrzeżeń dochodzi autor w sprawie patogenezy lęku nocnego dzieci do następujących wniosków: 1) lęk nocny dzieci powstaje wskutek przeszkody w oddechaniu i utlenianiu krwi, a przeszkoda ta jest bezpośrednia lub odruchowa, 2) lęk nocny powstaje wskutek zatrucia przewlekłego kwasem węglowym, a objawy towarzyszące mu są te same, co przy zatruciu bezwodnikiem węglowym. 3) Nie należy odróżniać lęku samoistnego od objawowego (symptomatycznego), gdyż wszystkie przypadki zaliczyć należy do ostatniej postaci. Możnaby atoli odróżniać lęk nocny, będący w związku bezpośrednio z zaburzeniami oddechowemi i zależny od nich odruchowo. *Jan Landau.*

Perez. **Bakteryologia ozeny. Etyologia i zapobieganie.** (*Annales de l'Inst. Pasteur* 1901, Nr. 5). P. opisał przed dwoma laty drobnoustrój, nazwany przez siebie *coccobacillus foetidus ozenae*, który uważa za przyczynę tej choroby, ponieważ zdołał zapomocą niego wywołać u królików zanik małżowin nosowych, mający być, jego zdaniem, znamienną cechą prawdziwej ozeny. Od owego czasu badał P. bakteryologicznie wydzielinę nosa u 90 osób, i znalazł ów drobnoustrój tylko w 22 przypadkach ozeny, a nie znajdował go nigdy w innych chorobach nosa. — Badania wydzieliny nosa różnych zwierząt, podjęte przez P., wykazały, że *coccobacillus ozenae* znachodzi się także niekiedy u psów, nie znachodzi się zaś u żadnego innego gatunku zwierząt. U psów znajduje się ten drobnoustrój już w stanie prawidłowym, mnoży się jednak bardzo i nabiera jadowitości u psów chorych, zwłaszcza zakażonych pasteurellą. Zdaniem P. psy są źródłem zakażenia się ozeną ludzi; przemawia za tem, zdaniem P., okoliczność, że ozena najczęściej zdarza się u dzieci klas uboższych, które częściej, niż dzieci zamożnych rodziców, bawią się z psami. W szeregu swoich spostrzeżeń posiada P. 9, w których zakażenie się ozeną pochodziło, jak sądzi, od psów; w 12-tu zaś przypadkach zakażali się od siebie wzajemnie członkowie jednej rodziny. Wszystko to razem popiera zdanie P., że ozena jest chorobą zakaźną i zaraźliwą. Stąd wynikają następujące środki zapobiegawcze; należy przeszkodzić obcowaniu dotkniętych ozeną ze zdrowymi, odkażać chustki do nosa i sprzęty stołowe, mogące przenosić zarazek, odkażać ile możności jamę nosową chorą zapomocą płókań przeciwgnilnych; wreszcie nie dozwalać dzieciom bawić się z psami. *C.*

V. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie lwowskie.

16 Posiedzenie naukowe z dnia 7 czerwca 1901 r.

Przewodniczy kol. Beck. — Obecnych członków 92.

I. Kol. Wehr demonstruje preparat anatomiczny, uzyskany operacyjnie u kilkoletniego dziecka, chorego na „wgłobienie jelita cienkiego w cienkie"; omawiając ten przypadek zwraca kol. Wehr uwagę, że wszelkie zwlekanie z zabiegiem operacyjnym przy niedrożności, wywołanej wgłobieniem, jest niekorzystne i przeciwwskazane. W dyskusyi kol. Schramm tłómaczy to niebezpieczeństwo anatomiczną budową (cienkość) ściany jelita i brakiem odporności młodego ustroju na intoksykacyę. Kol. Barącz radzi przy wgłobieniach jelita biodrowego w grube próbować zawsze przed zabiegiem operacyjnym wysokich wlewań.

II. Kol. Barącz przedstawia przypadek *Fibroneuroma cirsoideum* (tak zw. „Rankenneurom Brunsa") u 12-letniej dziewczyny. Umiejscowienie (okolica skroniowa i jarzmowa), czas trwania (od dzieciństwa), powolny wzrost, boleśność, wyczuwanie postronków i guzów przesuwalnych ponad sobą, przemawiają za tem rozpoznaniem. Kol. B., omawiając rozpoznanie różniczkowe pomiędzy tłuszczakiem, torbielem skórzastym, naczyniakiem i chłoniakiem, z którymi możnaby tu mieć do czynienia, wyklucza przepuklinę oponowo-mózgową stanowczo, na podstawie braku objawów ucisku mózgowego. (Dołek wyczuwany w kości jest powierzchowny i towarzyszy zwykle torbielom skórzastym i włókniakonerwiakom).

III. Prof. Dr. Raciborski (jako gość) wygłosił odczyt, w którym podzielił się spostrzeżeniami, zebranemi na wyspie Jawie podczas swego czteroletniego tam pobytu. Prelegent mówił o położeniu geograficznem wyspy, o klimacie, o mieszkaniach i trybie życia tubylców i ludności napływowej, o chorobach tamże grasujących, o higienie mieszkańców, o środkach, jakie rząd holenderski przedsiębierze dla tłumienia chorób, a tem samem o stanie lekarskim w ogólności, o szkołach lekarskich na Jawie, założonych li tylko dla kształcenia w medycynie krajowców, a zakończył swój wykład uwagą, że lekarz N..., osiadły na Jawie, był pierwszym, który nie z bagnetem, lecz z lancetem i apteczką podręczną przeszedł dotąd dla białych niedostępne Borneo wszerz, i że rząd holenderski spożytkowuje lekarzy, jako roznosicieli oświaty i cywilizacyi wśród dzikich Malajów. — Wykład nagrodzono rzęsistymi oklaskami.

IV. Kol. Wątorek zdał sprawę z doświadczeń nad działaniem swego przyrządu; doświadczenia przeprowadził w Zakładzie higieny uniw. lwowskiego; doświadczenia dały wynik dodatni.

Dr. J. Krzyszkowski, sekretarz.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie zwyczajne w dniu 15 maja 1901 r.

Przewodniczy kol. prof. Kostanecki.

I. Protokół z poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

II. Przewodniczący zawiadamia, że Komitet uchwalił zaproponować, by Towarzystwo lekarskie reprezentowali na Zjeździe lekarzy i przyrodników czeskich w Pradze koledzy: prezes prof. Kostanecki, prof. Ciechanowski i redaktor Dr. Kwaśnicki. — Uchwalono.

III. Kol. prof. Wicherkiewicz wita zebranych jako gospodarz zakładu i wskazuje na trudność w wyborze tematu z zakresu okulistyki, mogącego jednako zainteresować ogół lekarzy, jakoteż specyalistów innych działów medycyny. Sądzi jednak, że temat, jaki zamierza poruszyć, zajmie zgromadzonych kolegów, zwłaszcza chirurgów. Wypowiada wykład: „O wskazaniach i sposobie wykonania wypaproszenia gałki ocznej *(evisceratio bulbi)*“. (Przeznaczone do druku).

Po wykładzie przedstawił prelegent dwie chore, z których jedna przed rokiem, a druga przed kilkunastu dniami poddaną była operacyi wypaproszenia gałki z powodu *panophthalmitis* (w ostatnim przypadku w następstwie sparzenia zapaloną naftą).

W dyskusyi wspomina kol. Brudzewski o sposobie wypalania zropiałej treści gałki ocznej zapomocą galwanokautera, który to sposób podał i zaleca Dr. Lapersonne. Kol. Brudzewski podnosi wątpliwości co do wartości zapobiegawczej ewisceracyi w przypadkach grożącego zapalenia sympatycznego, wreszcie wyraża przekonanie, że wypaproszenie gałki bywa operacyą nieraz technicznie trudniejszą od enukleacyi.

W odpowiedzi zaznacza kol. prof. Wicherkiewicz, że tak zwanej *exentération ignée* Lapersonnea nie uwzględnił w swym wykładzie dlatego, ponieważ zabieg ten uważa za zupełnie odrębną operacyę. Co do niebezpieczeństwa zapalenia współczulnego, to jest również zdania, że enukleacya daje więcej w tym względzie pewności, gdyż przy niej zostają przecięte wszystkie połączenia nerwowe. Na ostatnie twierdzenie kol. Brudzewskiego nie może się zgodzić, gdyż uważa ewisceracyę za rękoczyn bajecznie łatwy, dający się niemal w okamgnieniu wykonać.

W dalszym ciągu przedstawia kol. prof. Wicherkiewicz dziecko 4-letnie z kliniki stałej, okazujące znaczny guz w okolicy lewego oka. Dziecko to, według podań matki, spadło przed dwoma miesiącami z krzesła i uderzyło się o krawędź drugiego krzesła w okolicę kości jarzmowej lewej. Po tem uderzeniu miał powstać pod skronią lewą guzek, który przez 5 tygodni wcale się nie zmieniał. Dziecko jednak upadło znowu i stłukło się w to samo miejsce. Teraz powstał znaczny obrzęk, oko lewe, a zwłaszcza dolna powieka, zapuchły zupełnie, a skóra była zasiniała. W tym stanie przywieziono chorą do kliniki. Dnia 11—V zapisano stan następujący:

Poniżej lewego oka bardzo znaczna wyniosłość półkolistej postaci, pokryta skórą powieki dolnej, rozciągniętą i nieco tylko posiniałą. Obrzmienie to przechodzi na okolicę kości jarzmowej i kończy się dopiero 2 ctm. przed małżowiną ucha lewego. Ku górze sięga do połowy skroni; wypełnia całą przestrzeń przed gałką oczną, wypychając spojówkę powieki dolnej ku górze, tak, że gałka oczna jest zupełnie zasłonięta i z trudem tylko daje się obejrzeć. Gałka sama prawidłowa i niewysadzona. Palec, wciśnięty poza guz powiekowy, z trudnością tylko dochodzi do brzegu oczodołowego i wyczuwa tamże dosyć tępy wyrostek. Guz ten jest częściowo dość twardy, częściowo zaś wyczuwamy chełbotanie, mianowicie w dolnowewnętrznej części. Naciskając palcem na sam środek guza wyczuwamy chwilami trzeszczenie, spowodowane rozedmą powietrzną. Nakłócie próbne dało czystą krew bez przymieszki ropy. Dziecko nie gorączkuje. Tętno prawidłowe. Gruczoły niepowiększone.

Kol. prof. Wicherkiewicz na podstawie osobistego doświadczenia rozpoznaje w przypadku tym mięsaka oprócz krwiaka i rozedmy podskórnej — i przypisuje urazowi, jakiego dziecko to dwukrotnie doznało, znaczenie czynnika, wywołującego rozwój nadzwyczaj szybki tego nowotworu, przy istniejącem zapewne usposobieniu osobniczem. Prelegent miał w praktyce swej dwa podobne przypadki, gdzie po przebytym urazie przyszło do tak szybkiego rozwoju mięsaka, że w jednym z nich obecny chirurg rozpoznawał na pewne ropień i radził zwyczajne nacięcie.

W dyskusyi podnosi kol prof. Wachholz wątpliwość, czy wogóle uraz jakikolwiek może stać się przyczyną nowotworu i to złośliwego. Gdyby mu przyszło w sądzie rozstrzygnąć pytanie, czy istniejący nowotwór pozostaje w związku przyczynowym z urazem, w danym razie rozmyślnie zadanym, musiałby odpowiedzieć przecząco.

Kol. doc. Kryński przytacza niedawno wydaną pracę z kliniki Czernego, w której zestawiono kilkaset przypadków nowotworów złośliwych w następstwie doznanych urazów — i jakkolwiek taki związek przyczynowy nie znajduje bezwzględnego potwierdzenia w istniejących teoryach o powstawaniu nowotworów, to jednak liczne spostrzeżenia chirurgów przemawiają na jego korzyść.

Kol. prof. Ciechanowski rozbiera możliwość istnienia związku przyczynowego między urazem a nowotworem złośliwym ze stanowiska anatomii patologicznej.

Kol. prof. Wachholz jeszcze raz zaznacza, że w orzeczeniu sądowolekarskiem, w myśl zasady, obowiązującej w medycynie sądowej: *in dubiis mitius*, nie przypuściłby takiego związku, dopóki nauka lekarska nie rozwieje pod tym względem wszystkich wątpliwości

Kol K. Majewski okazuje »hidrodyaskop Lohnsteina«, zmodyfikowany w postaci okularów wodnych. Jest to para komórek z cienkiej blaszki aluminiowej, połączonych podatnym drutem miedzianym. Każda z tych komórek posiada okrągły otwór z przodu, w który wprawiona jest soczewka płasko-wypukła odpowiedniej siły. Brzeg komórek, mający przylegać do skóry w obwodzie oka, opatrzony jest rynienką, w którą wtłoczony jest gumowy dren. Po zewnętrznej stronie każda komórka posiada po jednem uszku, przez które przewleczona jest tasiemka, dająca się spiąć z tyłu głowy. W ten sposób obie komórki szczelnie przylegają i mogą być wypełnione fizyologicznym roztworem soli, który się wlewa zwyczajnym zakraplaczem przez mały otwór, umieszczony w górnej ścianie komórki. Badany otwiera oko i patrzy przez wodę i soczewkę, wprawioną w otwór hidrodyaskopu. Działanie optyczne przyrządu tego polega na tem, że rogówka pomiędzy cieczą wodną *(humor aqueus)* przedniej komory oka, a wodą hidrodyaskopu przestaje działać, traci wpływ na przebieg promieni światła i znika, podobnie jak kawałek szkła, rzucony do wody, lub balsamu kanadyjskiego. We wszystkich zatem przypadkach, gdzie krzywizna rogówki jest tak nieregularną *(astigmatismus irregularis, keratoconus)*, że zapomocą szkieł sferycznych, walcowatych, ani hiperbolicznych żadnej poprawy wzroku sprowadzić nie można, okulary wodne, znoszące zupełnie szkodliwe działanie rogówki, poprawiają znakomicie bystrość wzroku. Wypukłą krzywiznę rogówki zastępuje w tym przypadku wypukła dokładnie wyszlifowana powierzchnia soczewki, znajdującej się w otworze hidrodyaskopu. Zwłaszcza w przypadkach stożka rogówkowego poprawa wzroku jest znakomita, tak, że chorzy, którzy wolnem okiem rozróżniają palce w odl. 1 do 2 m., uzyskują niejednokrotnie przy użyciu hidrodyaskopu pełną, prawidłową bystrość. Zachodzi pytanie, czy ci chorzy, u których poprawy wzroku i przywrócenia zdolności do pracy można się jedynie spodziewać przy użyciu takich okularów wodnych, mogliby je stale, lub przynajmniej po kilka godzin z rzędu znosić bez szkody dla oka. Doświadczenia, wykonane w klinice okulistycznej krakowskiej, wykazały, że nawet kilkugodzinne pogrążenie oka w fizyologicznym roztworze soli — nie sprowadza najmniejszego zadrażnienia rogówki, żadnego nastrzyknięcia, a tylko lekkie zblednięcie oka z powodu zwężenia naczyń. Chodzi jednak o to, żeby uczynić okulary te możliwie lekkiemi i wygodnemi w użyciu, tak, aby chory mógł je sam sobie bez trudu zakładać i wodą wypełniać. Ażeby uniknąć niemiłego ucisku, jaki komórki wodne, przytrzymane taśmą lub elastyką, wywierają na okolicę gałki ocznej, zamyśla kolega M. urządzić rodzaj ssawki, któraby przytrzymywała hidrodiaskop przy oku, podobnie jak ciśnienie powietrza otaczającego przytrzymuje na skórze bańkę suchą.

W rozprawach podnosi kol. Brudzewski ujemne strony t. zw. rogówki sztucznej, podanej przez Fiko. Jest to miniaturowe szkiełko zegarkowe, na które puszcza się kroplę fizyol. roztworu soli i zakłada bezpośrednio na gałkę oczną. Optyczne działanie takiej rogówki sztucznej opiera się na tej samej zasadzie, na jakiej zrobiony jest hidrodyaskop, ale rogówka nie znosi takiego dotknięcia; przybłonek jej zaćmiewa się, występuje nastrzykanie rzęskowe i ból.

Kol. prof. Wachholz zwraca uwagę na szkodliwy wpływ wody na skórę. Wystarczy włożyć ręce na kilka godzin do wody, ażeby dostać t. zw. »skóry praczek«. Nie wierzy przeto, aby rogówka, o tyle delikatniejsza od skóry, mogła przez dłuższy czas znosić pogrążenie w wodzie, wypełniającej hidrodyaskop.

Kol. prof. Ciechanowski zapytuje, czy kauczuk, z którego dentyści wyrabiają ściśle przylegające protezy, nie nadawałby się do sporządzenia okularów wodnych

Kol. prof. Wicherkiewicz powątpiewa, czy okulary wodne dadzą się kiedykolwiek zastosować do codziennego użytku osob, dotkniętych nieprawidłową krzywizną rogówki, ale podnosi wartość hidrodyaskopu w zakresie dyagnostyki, mianowicie gdy chodzi o rozpoznanie bardzo nieznacznych stopni stożkowatości rogówki

Kol. Borzęcki obawia się, że urządzenie ssawki sprowadzić może wreszcie krwawe podbiegnięcie skóry w okolicy gałki ocznej i dlatego wątpi, czy taka modyfikacya przyrządu okaże się praktyczną.

Kol. Majewski odpowiada kol. prof. Wachholzowi, że co do skóry nie wątpi, iż może przyjść do maceracyi przyskórka pod wpływem długotrwałego działania wody, a raczej rozczynu soli i dlatego należałoby skórę powiek chronić przez powleczenie waseliną lub jakimkolwiek tłuszczem obojętnym. Natomiast co do rogówki nie podziela obaw prof. Wachholza, gdyż rogówka stale, przez całe życie bywa opłókiwaną łzami, które są przecież fizyologicznym rozczynem soli. — Kol. prof. Ciechanowskiemu odpowiada, że kauczuk wulkanizowany byłby może materyałem praktycznym, ale posiada tę ujemną stronę, że się tłucze, a nadto zachodzi trudność szczelnego wprawiania soczewek szklanych w kauczukowe oprawy. — Kol. Borzęckiemu odpowiada, że doświadczeń z przyrządem ssącym dotychczas nie robił, więc myśl tę podaje na razie z wszelkiemi zastrzeżeniami.

Na tem posiedzenie zakończono.

Dr. Władysław Żydłowicz, sekretarz doroczny.

VI. Pierwsza dekada Zjazdów chirurgów polskich.

Podał

Dr. M. W. Herman.

Wroku 1888, na V Zjeździe lekarzy i przyrodników polskich we Lwowie, z zapałem przyjęto myśl Prof. Rydygiera stworzenia „zjazdów chirurgów polskich“. Już w roku następnym (1889) dnia 16 i 17 października instytucya powołana do życia inicyatywą, dobrą wolą i szczeremi chęciami jednego człowieka, odbyła swe pierwsze posiedzenia. Odtąd rok po roku, z jednorazową dwuletnią przerwą, odbywały się te zjazdy, jużto w Krakowie, jużto we Lwowie; w tych bowiem latach, na które przypadały zjazdy lekarzy i przyrodników, zjazd chirurgów łączył się z nimi i funkcyonował, jako sekcya chirurgiczna.

Drugi Zjazd odbył się w roku następnym (1890) i trwał przez trzy dni t. j. 15, 16 i 17 lipca. Zjazd trzeci w r. 1891 nie odbył się samodzielnie, lecz w połączeniu z VI Zjazdem lekarzy i przyrodników w Krakowie, utworzył tam Sekcyę chirurgiczną. Obrady trwały cztery dni (od 16 do 21 lipca). Po raz czwarty zebrali się chirurdzy polscy w r. 1892 i obradowali w dniach 12, 13 i 14 lipca. W rok później (1893) znów przez trzy dni (11, 12, 13 lipca) dzielą się chirurdzy polscy nabytkami w swej specyalności. W r. 1894, tak jak przed 3 laty, z powodu VII Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich we Lwowie, tu się zjechali chirurdzy, łącząc się w Sekcyę, reprezentującą VI zjazd chirurgów polskich. W najbliższym jednak już roku (1895) zjeżdżają się chirurdzy nasi poraz VII na Zjazd do Krakowa i pozostają na nim przez dwa dni (16 i 17 lipca). Dalszy Zjazd, z porządku ósmy, odbył się dokładnie w rok po poprzednim. Tyle wykładów zgłoszono, że pracowano przez 3 dni, t. j. 13, 14 i 15 lipca 1896. Po tym Zjeździe następuje dwuletnia przerwa w ciągłości pracy.

W r. 1897 po wyjeździe Prof. Rydygiera do Lwowa w krakowskiej klinice panowało prowizoryum, brakowało gospodarza, w roku zaś 1898 zdarzył się fakt bezprzykładny w świecie cywilizowanym. Wybieraliśmy się na VIII Zjazd lekarzy i przyrodników polskich do Poznania. W poprzek zamiarom stanęła „hakata“. Święcicki i Jaruntowski, organizatorowie Zjazdu, musieli wówczas pisać: „... tak więc zamiast witać Was, Szanowni Goście, i cieszyć się, że wspólnie z Wami w czasie Zjazdu dla dobra nauki pracować będziemy, rozgoryczeni musimy Was odprosić!“. Po tym brutalnym gwałcie w następnym już roku powróciliśmy do równowagi i zwołani stawiliśmy się w Krakowie w roku 1899, aby wziąść udział w dniach 18 i 19 lipca w IX Zjeździe chirurgicznym. Dziesiąty Zjazd chirurgów utworzył znów, jak już dwukrotnie poprzednio, Sekcyę chirurgiczną IX Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich w Krakowie (w r. 1900 w dniach 20—24 lipca).

Ciągłość Zjazdów, jakość i ilość wygłoszonych wykładów i demonstracyj, świadczą najlepiej o ich żywotności. Bo też chętnych pracowników miały i mają te Zjazdy. Z garstki, która na pierwsze zawołanie Prezesa stanęła pod sztandarem, nie jeden już ubył! I gdy obecnie z jedenastym Zjazdem przestępujemy równocześnie próg drugiej dekady Zjazdów i próg nowego stulecia, tamci, którzy legli pod ziemią, przekroczyli najstraszniejszy próg wieczności. Więc zgasł najpierw Matlakowski z Hamletem w ręku, zapatrzony w piękno i zasłuchany w muzykę Zakopanego. Potem umierali jeden po drugim, jakby kosą ścięci: Jawdyński, Jasiński, Obaliński, — sami sztabowcy! I jedenasty Zjazd otworzy Prezes żałobnem wspomnieniem ku czci Drobnika. Człowiek ten łączył w sobie tyle zalet umysłu i serca, iż przebaczono mu nawet to, że był Polakiem i powierzono stanowisko chirurga w lazarecie miejskim w Poznaniu. Obowiązki tak twardo trzymały go na owym urzędzie, iż on, zawsze pierwszy na naszych Zjazdach, na ostatnich paru nie mógł być obecnym, o czem z żalem i przygnębieniem pisał do Prezesa.

Tylu wytrawnych pracowników ubyło naszym Zjazdom. A na ich miejsce zaciągają się pod sztandar nowi i młodzi, a dałby Bóg, żeby ci — tamtych zastąpić nam zdołali. Sądzić i oceniać tych naszych zmarłych — rzecz zbyteczna i spóźniona. O żywych pisać i oceniać ich pracę zawodową, zasługi, położone około Zjazdów, rzecz przedwczesna; wszyscy, nawet najstarsi, stoją u południa swej działalności. Uczyni to kiedyś pióro wytrawniejsze i wytworniejsze od mego. W zamiarze mam i zadowolonym czuć się będę, gdy się mi uda zgodnie z prawdą odtworzyć stronę statystyczną i czysto rzeczową ubiegłych dziesięciu Zjazdów.

Prezesem stałym Zjazdów jest ich założyciel Prof. Rydygier, wybrany na pierwszym Zjeździe na tę godność i później kilkakrotnie przez aklamacyę na ten urząd zapraszany i zatwierdzany. Zastępcą przewodniczącego bywał najczęściej ś. p. Prof. Obaliński. Na sekretarza stale przez ubiegłych dziesięć Zjazdów wybierano Doc. A. Bossowskiego, a skarbnikiem bywał Prof. R. Trzebicky. O ile Zjazdy odbywały się w Krakowie, obradowano przeważnie w gmachu kliniki chirurgicznej, niektóre tylko posiedzenia odbywały się w gmachu *Collegii novi*, lub innych zakłach uniwersyteckich. Gospodarzem, a wszyscy pamiętamy, że gościnnym, bywał Prof. Rydygier. Po wyjeździe zaś jego do Lwowa obowiązki gospodarza objął w r. 1899 Doc. Dr. M. Rutkowski, a w r. 1900 Prof. B. Kader. W r. 1894 rola gospodarza przypadła w udziale Prof. Ziembickiemu, jako gospodarzowi Sekcyi chirurgicznej na VII Zjeździe lek. i przyr. pol. we Lwowie.

Na ubiegłych dziesięciu Zjazdach wygłosiło 91 prelegentów ogółem 309 wykładów i demonstracyj, a mianowicie:

1. Bogdanik (Biała)	wykładał	9 razy
2. Barącz (Lwów)	„	15 „

3. Bujwid (Kraków)	wykładał	2	razy
4. Browicz (Kraków)	"	4	"
5. Bohosiewicz (Kraków)	"	1	"
6. Bossowski (Kraków)	"	9	"
7. Beck (Lwów)	"	1	"
8. Borzymowski	"	1	"
9. Cybulski (Kraków)	"	1	"
10. Ciechomski (Warszawa)	"	2	"
11. Ciechanowski (Kraków)	"	2	"
12. Czajkowski (Sosnowiec)	"	1	"
13. Dembowski (Wilno)	"	4	"
14. Drobnik (Poznań)	"	4	"
15. Dobrucki (Lublin)	"	1	"
16. Doliński (Stanisławów)	"	1	"
17. Droba (Kraków)	"	1	"
18. Gross (Kraków)	"	3	"
19. Gabryszewski (Lwów)	"	11	"
20. Gluziński A. (Lwów)	"	2	"
21. Guranowski (Warszawa)	"	1	"
22. Grosglik (Warszawa)	"	3	"
23. Hempel (Kraków)	"	2	"
24. Herman (Lwów)	"	1	"
25. Heimann (Warszawa)	"	1	"
26. Haudeck (Wiedeń)	"	1	"
27. Jordan (Kraków)	"	3	"
28. Jasiński (Warszawa)	"	7	"
29. Jakubowski (Kraków)	"	1	"
30. Jakowski (Warszawa)	"	1	"
31. Krasowski (Gorlice)	"	6	"
32. Kozłowski (Drohobycz)	"	6	"
33. Kryński (Kraków)	"	11	"
34. Klecki (Kraków)	"	5	"
35. Kader (Kraków)	"	4	"
36. Krajewski (Warszawa)	"	3	"
37. Kijewski (Warszawa)	"	2	"
38. Kostanecki (Kraków)	"	1	"
39. Karchezy (Lwów)	"	1	"
40. Langie (Kraków)	"	1	"
41. Leszczyński (Warszawa)	"	1	"
42. Łucki (Oświęcim)	"	1	"
43. Łepkowski (Kraków)	"	2	"
44. Mars (Lwów)	"	3	"
45. Maleszewski (Kraków)	"	1	"
46. Mikucki (Kraków)	"	1	"
47. Matlakowski (Warszawa)	"	1	"
48. Majewski A. (Stanisławów)	"	1	"
49. Mieczkowski (Wrocław)	"	1	"
50. Mincer (Paryż)	"	2	"
51. Nieciuński (Paryż)	"	1	"
52. Neugebauer (Warszawa)	"	1	"
53. Obaliński (Kraków)	"	17	"
54. Obfidowicz (Kraków)	"	2	"
55. Pieniążek (Kraków)	"	2	"
56. Peszke (Warszawa)	"	1	"
57. Podgórski (Kraków)	"	1	"
58. Rydygier (Lwów)	"	29	"
59. Rosner (Kraków)	"	3	"
60. Rościszewski (Przemyśl)	"	2	"
61. Reichmann (Warszawa)	"	1	"
62. Rencki (Lwów)	"	1	"
63. Rutkowski (Kraków)	wykładał	3	razy
64. Rossberger (Jarosław)	"	2	"
65. Ruff (Lwów)	"	1	"
66. Rogoziński (Kraków)	"	1	"
67. Szuman (Toruń)	"	6	"
68. Schramm (Lwów)	"	6	"
69. Świtalski (Kraków)	"	2	"
70. Steuermark (Kraków)	"	3	"
71. Solmann (Warszawa)	"	1	"
72. Stankiewicz (Warszawa)	"	3	"
73. Śmiechowski (Warszawa)	"	1	"
74. Sawicki (Warszawa)	"	11	"
75. Sołtysik M. (Husiatyn)	"	1	"
76. Szymkiewicz (Kraków)	"	1	"
77. Stępiński (Warszawa)	"	1	"
78. Skowroński (Tarnów)	"	1	"
79. Sędzimir (Stara Sól)	"	1	"
80. Trzebicky (Kraków)	"	9	"
81. Urbanik (Kraków)	"	1	"
82. Uhma (Lwów)	"	1	"
83. Wehr (Lwów)	"	16	"
84. Wołkowicz (Warszawa)	"	5	"
85. Wachholz (Kraków)	"	2	"
86. Wróblewski (Kraków)	"	1	"
87. Watten (Łódź)	"	2	"
88. Ziembicki (Lwów)	"	11	"
89. Zielewicz (Poznań)	"	3	"
90. Zoll (Kraków)	"	1	"
91. Załoziecki (Czerniowce)	"	1	"

Liczbą wykładów najbogatszym był Zjazd I (39), najuboższym VI (19). Wykłady te rozdzielają się tak, że: 1) 73 dotyczy chirurgii ogólnej, w najobszerniejszem tego słowa znaczeniu; 2) na 48 odczytach omawiano chirurgię głowy i szyi; 3) 16 wykładów poświęconych było chirurgii klatki piersiowej, jej trzew, kręgosłupa i gruczołu sutkowego; 4) 66 wykładów z zakresu jamy brzusznej świadczy, że i u nas, jak i wszędzie indziej, ten dział chirurgii ciągle jeszcze rozwijający się i pogłębiający, największe budził zainteresowanie; 5) 28 wykładów poświęcono wyłącznie ginekologii operacyjnej; wiadomo bowiem, że chirurdzy nasi znakomicie przyczynili się do wyrobienia wielu metod operacyjnych i ich spopularyzowania; 6) chirurgię dróg moczowych omawiano na 32 wykładach, a 7) chirurgię kończyn na 48. (Dok. nast.)

VII. **VII Zjazd niemieckiego Tow. dermatologicznego we Wrocławiu.**

Zestawił

Dr. E. Borzęcki.

(Ciąg dalszy).

Przypadków chorób skórnych nagromadzono dużo, przeważnie zaś z kliniki Neissera i oddziału Harttunga. Każdy z chorych, zgromadzonych w tym celu w salach kliniki, trzymał kartkę z wypisanem rozpoznaniem choroby i krótkiemi datami jej dotyczącemi.

Z kliniki Neissera przedstawiono kilku chorych z rozpoznaniem, a raczej tylko nazwą choroby, ułożoną według objawów: *Dermatitis lichenoides prusiens.* Dermatologowie wiedeńscy, jak Kaposi, Mrazek, obok nich niemieccy: Herxheimer, Touton, nie godzili się na niepotrzebnie stworzoną nową jednostkę chorobową, wła-

czając jedne z przedstawionych przypadków w ramy wyprysku przewlekłego o odmiennych nieco cechach klinicznych, inne zaś uważając za analogiczne z opisanym przez Vidala liszajem określonym (*lichen circumscriptus*) lub Brocqua »*neurodermite*«. Również z kliniki Neissera przedstawiono dwóch chorych z rozpoznaniem łupież liszajowaty (*pityriasis lichenoides*); nazwa sama określa znamienne cechy choroby. Na pierwszy rzut oka obraz cierpienia przypomina poniekąd liszaj wyłysiający plamisty (*herpes tonsurans maculosus*) szkoły wiedeńskiej, łupież różowy (*pityriasis rosea*) Giberta szkoły francuskiej, z tą jednak różnicą, że ogniska odosobnione są o wiele mniejsze i nie mają cech ustępowania w środku, a szerzenia się w obwodzie. W chorobie tej spostrzegamy na skórze plamki małe (wielkości soczewicy i mniejsze), lekko łuszczące się, a wśród nich porozrzucane płaskie guzki. Cierpienie trwa lata, a wszelkie leczenie okazało się bezskutecznem.

W rozprawach Herxheimer potwierdził w zupełności powyższe zapatrywanie na podstawie spostrzeganych podobnych przypadków, w których również wszelkie zabiegi lecznicze były bez skutku. Spiegler spostrzegał analogiczne do przedstawionych przypadki w klinice prof. Kaposiego.

Scholtz z kliniki Neissera przedstawił chorych na toczeń (*lupus*), u których w celu zwiotczenia i rozmiękczenia blizn pozostałych po leczeniu na miejscu tocznia, stosowano podskórne wstrzykiwania co drugi dzień tyozynaminy (1: 2 gliceryny i 8 wody) z dobrym wynikiem.

W rozprawach podnosi Dr. Galewsky, że sam miał sposobność w przypadku blizny po oparzeniu i keloidzie przekonać się o korzystnym wpływie powyższego środka. Również z kliniki wrocławskiej przedstawiono przypadki: *lichen ruber atrophicans*, *verrucosus*, *haemangio-endothelioma tuberosum multiplex* z charakterystycznem umiejscowieniem się na klatce piersiowej; w dalszym ciągu przypadek trądzika z używania bromu w postaci nacieków powierzchownie się rozpadających na podudziach, pokrzywkę barwikową, twardziel skóry (*sclerodermia*) na twarzy, grzybicę (*mycosis fungoides*), — wreszcie dwa przypadki chorobowe bez rozpoznania. Jeden dotyczył mężczyzny lat około 30 z wrodzonemi zmianami na skórze, a dotyczącemi głównie przerostu i zgrubienia warstw naskórka (*hyperkeratosis*), umiejscowionemi na grzbietach i dłoniach rąk, w przegubach łokciowych, w okolicy pach, na wewnętrznej stronie ud i na pośladkach. W okolicy zwłaszcza stawów łokciowych z zajętych ognisk wychodziły w obręb przylegającej skóry zdrowej jak gdyby wypustki szerokości 3—4 mm., długości 3—4 ctm. o cechach tychsamych, co główne ogniska. Kaposi uważał przypadek ten za rybią łuskę (*ichtyosis*) o odmiennych cechach. Drugi przypadek dotyczył również mężczyzny, którego cała skóra była jednostajnie zaczerwieniona, lekko się łuszcząca, na przedramionach nacieknła, zgrubiała, a gruczoły chłonne silnie powiększone. Rozpoznania pewnego nikt nie postawił; wielu uważało ten przypadek za łupież czerwony (*pityriasis rubra*) Hebry.

Harttung przedstawił dwóch chorych z zabliźnionymi wrzodami podudzia, leczonych chirurgicznie. Zabieg wykonuje się w sposób następujący: w około podudzia powyżej wrzodów prowadzi się cięcie okrężne, przecinające skórę, tkankę podskórną z napotkanemi żyłami. Przecięte żyły podwiązuje od- i dośrodkowo, łączy szwami brzegi przeciętej skóry i zakłada opatrunek przeciwgnilny.

Geyer przedstawił dwóch chorych ze zmianami barwikowemi skóry i zgrubieniem naskórka na dłoniach i podeszwach, powstałemi wskutek długiego używania arszeniku.

Chora Chotzena z zanikiem samoistnym skóry na przedramionach przedstawiała cechujący obraz tego cierpienia. W obrębie zanikłej skóry, dającej się ująć w fałd cienki, zanik gruczołów, torebek włosowych, a przez ścieńczałą powłokę skórną prześwieca sieć naczyń krwionośnych. Podobny przypadek przywiózł z kliniki Neumanna Matzenauer; zmiany umiejscowione były na tułowiu) tenże przedstawia chorego z łupieżem czerwonym (*pityriasis rubra*) Hebry ze wszystkiemi znamiennemi cechami tego cierpienia, jak je opisał Hebra. (Dokończenie nastąpi).

VIII. Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna publiczna, Epidemiologia, Statystyka.

XI Zjazd chirurgów polskich.

W dalszym ciągu zgłoszono następujące wykłady:

22. Kol. Oderfeld: W sprawie przerzutów kostnych prawidłowej tkanki gruczołu tarczowego.
23. Tenże: Z chirurgii wątroby i dróg żółciowych.
24. Tenże: Temat zastrzeżony.
25. Kol. Kučera: Dzisiejszy stan nauki o przyczynach raka (z demonstracyami). Uproszony przez prezydyum prelegent wypowie ten nadzwyczaj pouczający wykład, jako referat wstępny na pierwszem posiedzeniu.

IX. Wiadomości bieżące.

Kraków, dn. 4 lipca.

Izba lekarska wschodnio-galicyjska przysłała nam komunikat następujący:

»Powiatowa Kasa chorych w Złoczowie nagradzała dotychczas lekarza swego, którym był zmarły w czerwcu br. Dr. Stein, od wypadku, podług z góry umówionej taryfy. Wynagrodzenie to wynosiło w przedostatnim roku około 1400 koron, a w ostatnim roku 1600 koron rocznie. Po śmierci Dra Steina zarząd Kasy postanowił zaprowadzić płacę ryczałtową, wynoszącą 1000 koron, a następnie, gdy lekarze zamieszkali w Złoczowie na te warunki solidarnie zgodzić się nie chcieli, postąpił do wysokości 1200 koron. Gdy i na tę płacę lekarze nie przystali, żądając przywrócenia dawnego stanu rzeczy, tembardziej, że przy obniżaniu płacy wystąpił Zarząd z innymi warunkami, niekorzystnymi i wykluczył chirurgów tak od ubiegania się o posadę, jak i od zastępstwa, wtenczas zarząd ogłosił konkurs na posadę z roczną płacą 1200 koron, spodziewając się z poza Złoczowa pozyskać na nią kandydata.

Lekarze złoczowscy obstają mimo tego solidarnie przy pierwotnych swych żądaniach i postanowili na odbytem zdromadzeniu nie ubiegać się o powyższą posadę w nadziei, że zarząd uwzględni ich słuszne żądania i powróci do stosunku, jaki był z D-rem Steinem.

O przebiegu całej sprawy zawiadomili lekarze złoczowscy Izbę lekarską z prośbą o poparcie ich słusznej sprawy. Izba nie tylko nie upatruje w ich postępowaniu nic niewłaściwego, lecz przeciwnie, uznaje je, jako całkiem uzasadnione i podjęte w obronie interesów stanu lekarskiego.

Ponadto wyraziła Izba nadzieję, że ogół lekarzy w dobrze zrozumianym, tak osobistym, jak i ogólnym interesie stanu lekarskiego, będzie w tym razie popierał usiłowania kolegów złoczowskich«.

Zatarg powiatowej Kasy chorych z lekarzami w Złoczowie jest jednym tylko epizodem tego ponurego procesu, który toczy się nie tylko u nas, lecz i na wielkim obszarze Europy; czem mniej jest czynu męzkiego ze strony lekarzy, czem więcej natomiast pojawia się w prasie codziennej jałowych skarg i biadań, tem więcej społeczeństwo nabiera przekonania o przymusowem i bezradnem położeniu naszem, tem częściej zarządy instytucyj publicznych, widząc większą podaż pracy lekarskiej niż jej zapotrzebowanie, liczą na licytacyę *in minus* i szerzą wyzysk. Sądzimy jednak, że zarządy instytucyj publicznych liczą na coś jeszcze (i to nie bez podstawy), mianowicie na brak jednomyślności między lekarzami. Nie tak dawno jeden z wiedeńskich mężów stanu wyraźnie oświadczył deputacyi, że los stanu lekarskiego spoczywa w ręku samych lekarzy, w ich jednomyślności i że, jeśli jest źle, to tylko dla tego, że właśnie lekarze najmniej mają solidarności stanowej.

Sprawa złoczowska nie jest sprawą miejscową, lecz zasadniczą; od skutku zabiegów, którymi kusić będzie lekarzy powiatowa Kasa chorych w Złoczowie, zależy los tego rodzaju dalszych zatargów na całym obszarze kraju: ufni jesteśmy, że w rzeszy lekarskiej nie znajdzie się taka jednostka, któraby z uszczerbkiem godności osobistej i stanu lekarskiego, przyjmując wbrew postanowieniom kolegów złoczowskich omawianą posadę, wyłamała się z karbów tak silnie wskazanej solidarności, na szkodę bądź cobądź i własną, a na dotkliwą krzywdę ogółu lekarskiego.

* Na posiedzeniu Sejmu galicyjskiego d. 1 b. m. wniósł posel Rektor Kruczkiewicz następującą rezolucyę: »Wzywa się Wydział krajowy, aby przeprowadził z rządem rokowania celem uzyskania budynków potrzebnych dla odpowiedniego pomieszczenia klinik Wydziału lekarskiego Uniw. lwowskiego, a mianowicie istniejących już dziś klinik: dermatologicznej i okulistycznej, tudzież klinik, które należy aktywować w najbliższej przyszłości, jakoto: klinika chorób nerwowych i

umysłowych, kliniki pedyatrycznej, larynkologicznej, otyatrycznej i dentystycznej.

* Dr. Mieczysław Świtalski, zaszczytnie znany neurolog, mianowany został członkiem korespondentem Towarzystwa neurologicznego w Paryżu.

* Dr. Ludwika Goldzweig mianowaną została lekarzem w warszawskim szpitalu izraelickim.

* Dziekanem czeskiego Wydziału lekarskiego wybrany został prof. dr. Spina.

* Na wybudowanie i urządzenie klinik w Odesie wyasygnował rząd rosyjski 500.000 rubli.

— W Towarzystwie lekarskiem peterburskiem przedstawił Blumenthal dane o gruźlicy, mówiące same za siebie. I tak w Moskwie zmarło na gruźlicę w ciągu 3 lat 10,650 osób; w całej Rosyi zmiera rocznie 360—450 tysięcy, w Europie około miliona ludzi. Francya traci przez to rocznie $^1/_2$ miliarda franków — Niemcy 370 milionów marek. Dzięki odpowiednim środkom poprawiają się jednak w zachodniej Europie stosunki, zwłaszcza w Anglii i w Niemczech, gdzie całe społeczeństwo gorączkowo prawie zajęło się walką z gruźlicą. Przekonano się w Niemczech, że 3-miesięczne leczenie w sanatoryum zapewnia prawie na 3 lata względne zdrowie i zdolność do pracy. W Rosyi ruch przeciw gruźliczy jest dopiero w zawiązku. *(Zdrowie 5).*

— Wbrew utartemu mniemaniu, że zima mroźna jest zdrowszą, niż łagodna, zdawały by się dowodzić nowsze badania statystyczne, iż zima mroźna zwiększa śmiertelność, zwłaszcza z chorób dróg oddechowych. W ostatniem dwudziestoleciu wieku XIX. w czasie 5 wyjątkowo mroźnych zim była śmiertelność w Anglii o $1.44^0/_{00}$ wyższa, w czasie 5 łagodnych zaś o $1.35^0/_{00}$ niższa od przeciętnej. Zauważyć jednak należy, że śmiertelność wzmaga się nie w czasie samych mrozów, lecz wkrótce po ich złagodnieniu *(Zdrowie).*

Mianowania i odznaczenia. Profesorem kliniki chirurgicznej i położniczej w Grenoble mian. został Dr. Termier. Profesorowie nadzwyczajni: Morochowiec i Nikiforow w Moskwie mianowani zostali prof. zwyczajnymi.

Nekrologia. Guiseppe Ciaccio, prof. porówn. anatomii, zmarł w Bolonii. Dr. Kazimierz Sacewicz zmarł w Warszawie w 37 r. życia.

Bibliografia.

— Sprawozdanie Szpitala Izraelitów w Krakowie za czas od $^1/_1$ do $^{31}/_{12}$ 1900 r. Wstęp do sprawozdania stanowi »Krótki rys historyczny o powstaniu i rozwoju Szpitala Izraelitów«, z którego dowiadujemy się, że w r. 1817, kiedy Rzeczpospolita krakowska wydała statut, urządzający stosunki gminy izraelickiej, oddała jednocześnie pod jej zarząd istniejący wówczas zakład dla ubogich kalek; gmina izraelicka odkazała część swych funduszów na wspomniany zakład, który został przeobrażony na szpital i w r. 1821, licząc 36 łóżek, przeniesiony do własnego budynku przy ul. Skawińskiej. W r. 1839 szpital ten został wciągnięty w zakres organizacyi szpitali wolnego m. Krakowa i posiadał 36 do 42 łóżek. Przyłączenie Rzeczypospolitej krakowskiej do monarchii rakuskiej w r. 1846 wpłynęło na byt Szpitala Izraelitów o tyle, że poddano go w r. 1854 pod zarząd magistratu, a w r. 1869 pod autonomiczną władzę Zboru izraelickiego. Teraźniejszy budynek szpitalny powstał w r. 1868 i w obecnej chwili mieści następujące oddziały: 1) chorób wewnętrznych o 44 łóżkach pod kierunkiem D-rów: Jurowicza i Kirschnera; 2) chorób kobiecych o 10 łóżkach pod kierunkiem Dr. Kohna; 3) chorób chirurgicznych pod kierunkiem Dr. Wachtla i 4) chorób dzieci pod kierunkiem Dr. I. Landaua. Prócz tego w szpitalu znajduje się oddział dla nieuleczalnych o 10 łóżkach, oraz pracownia chemiczno-bakteryologiczna pod kierunkiem Dr. Blassberga.

Sprawozdanie szczegółowe dowodzi niezbicie, że działalność lekarska w krakowskim Szpitalu Izraelitów stoi na wysokości wymagań dzisiejszego szpitalnictwa pod względem administracyjnym, leczniczym i naukowym.

— *Gazeta Lekarska* Nr. 26: Sawicki: Tomasz Drobnik (wspomnienie pośmiertne). Neugebauer: Thrombus vaginae et vulvae. Kędzior: O przewlekłem unieruchomiającem zapaleniu kręgosłupa (dok.).

— *Medycyna* Nr. 26: Moraczewski: Nowe kierunki w badaniach przemiany materyi. Neugebauer: Trzy rzadkie spostrzeżenia anomalii rozwojowych analogicznych (dok.).

— *Časopis lékařů českých* Nr. 26: Kuffner: Statistické skušenosti o psychosách alkoholowych (u mužů). Haškovec: Neurosis traumatica (c. d.).

— *La Presse médicale* Nr. 50: Mazeran: Zaparcie stolca kurczowe. Zimmern: Leczenie elektrycznością bolesnych rozpadlin rzyci.

— *Nr. 51:* Quénu: O nacięciu próbnem w guzach przyrody wątpliwej. Jeanselme: Wykonawstwo lekarskie w Chinach.

— *Münchener medic. Wochenschrift* Nr. 26: Krause: 27 przypadków wycięcia wewnątrzczaszkowego nerwu trójdzielnego i wyniki tego zabiegu. Engel: Zator tłuszczowy w płucu gruźliczem, w następstwie pęknięcia wątroby. Weiss: O wpływie wyskoku i owoców na wytwarzanie się kwasu moczowego. Bulling: O rozpylaczu nowego pomysłu do wdychiwań. Emmerlich: Badanie porównawcze różnych metod do wdychiwań. Lubliński: Czy istnieje odosobnione porażenie mięśnia pierścienio-tarczykowego? Waldbaum: Leczenie wrzodów podudzia.

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr. 26: Riehl: Wpływ leczenia przeciwkiłowego matki na los płodu. Hödlmoser: Niezwykłe umiejscowienie się choroby stawowej w przebiegu syringomyelii z równoczesnym niedorozwojem narządu płciowego chorego osobnika. Sternberg: Spostrzeżenia kazuistyczne.

— *Deutsche medic. Wochenschrift* Nr. 26: Waldeyer: Topografia mózgu. Ziemke: Rozróżnianie krwi ludzkiej od zwierzęcej zapomocą surowicy swoistej. Stadelmann: Kliniczne i lecznicze badania gruźlicy płucnej. Behla: *Cancer à deux* i zakaźność raka. Adler: Biologiczne badanie naturalnej wody żelezistej. Seeligmann: Uraz i ciąża zamaciczna.

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 26: Moels: Opieka rodzinna nad umysłowochorym. Baelz: Masowe odżywianie się roślinami, a równowaga siły roboczej. Salomonsohn: O jednostronnej inerwacyi mięśnia czołowego przy obustronnem zupełnem porażeniu mięśni okoruchowych. Lewy: Uwagi z zakresu rynologii. Nolda: Leczenie tanoformem nocnych potów u suchotników.

Nowe książki. W Lipsku (nakład Thiemego) wyszedł I-szy tom dzieła p. t. »Entstehung und Bekämpfung der Lungentuberculose«. Książka została ułożona przez Jacoba i Pannwitza na podstawie wyników zbiorowych spostrzeżeń w zakładach niemieckich dla chorych na płuca. Cena 10 mk. — Tenże sam nakładca wydał drugi tom dzieła Goldscheidera i Jacoba p. t.: »Handbuch der physikalischen Therapie«. Cena 15 Mk.

Redakcya otrzymała: Łepkowski: Die Vortheilung der Gefässe in den Zähnen des Menschen. Biernacki: Hämatologische Diagnostik in der praktischen Medizin. Sprawozdanie Szpitala Izraelitów w Krakowie, za czas od $^1/_1$ do $^{31}/_{12}$ 1900 r. Sprawozdanie dziewiętnaste z czynności Komitetu, zarządzającego Kasą pomocy im. Dr. I. Mianowskiego. Reiss: Ueber spontane multiple Keloide. Hołowko: O śródmacicznem stosowaniu balonu kauczukowego w położnictwie.

Redaktor odpowiedzialny: **Dr. August Kwaśnicki.**

Do nabycia we wszystkich aptekach i składach wód mineralnych.

Woda Krościeńska
ze zdroju Stefana

o bardzo korzystnym składzie chemicznym i nader miłym smaku, poleca się jako woda krajowa opiece i pamięci P. T. lekarzy polskich.

Zamówienia przyjmuje także Zarząd Zdrojowy w Krościenku nad Dunajcem.

Główny skład dla Galicyi i Bukowiny:

Pomiędzy naturalnemi wodami szczawowemi zajmuje
Woda Krondorfska
alkaliczna
szczawa podług analiz
naszych pierwszych powag
jakościowo naczelne miejsce.

Perlberger Schenker, Kraków, Poselska 15.